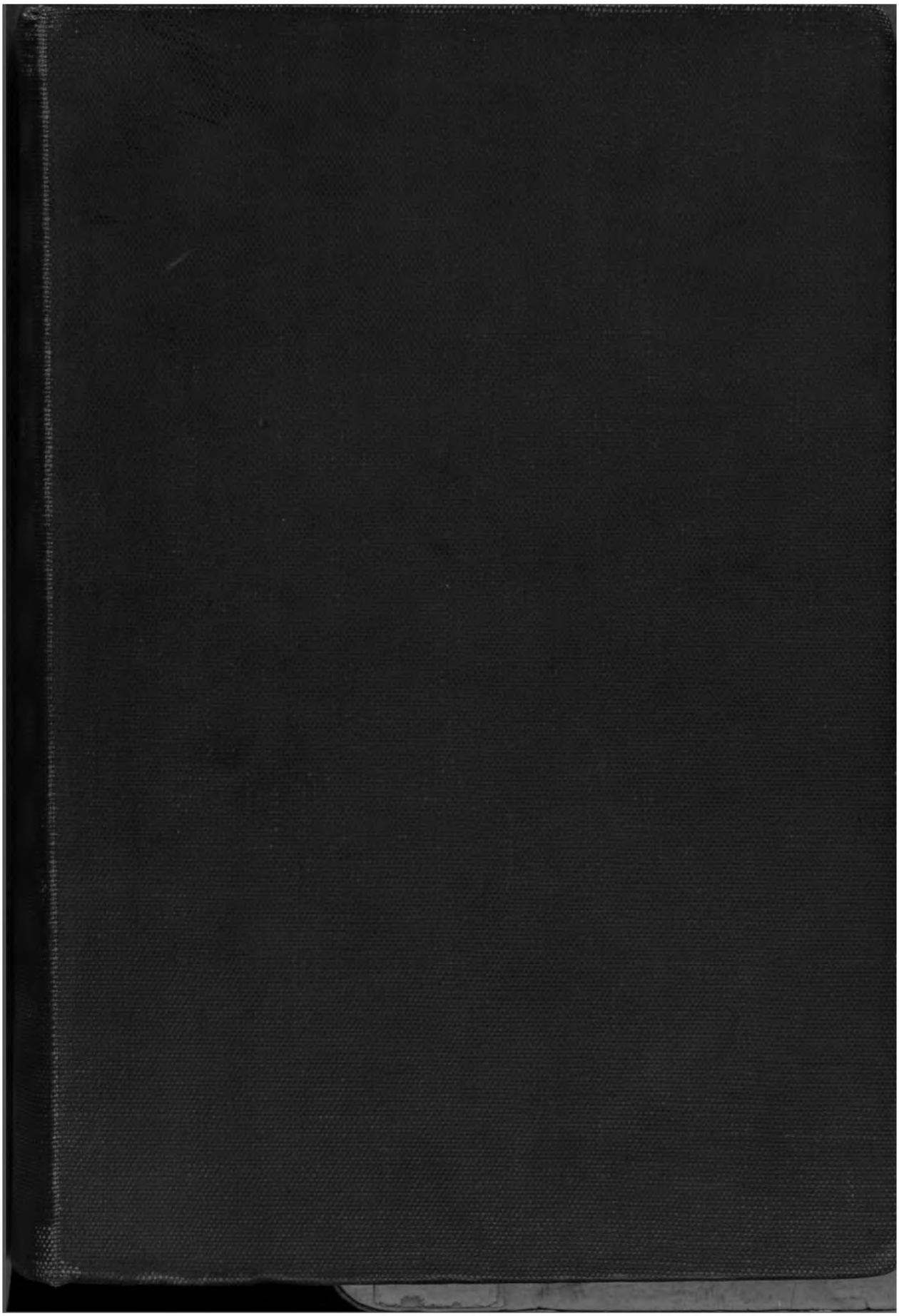
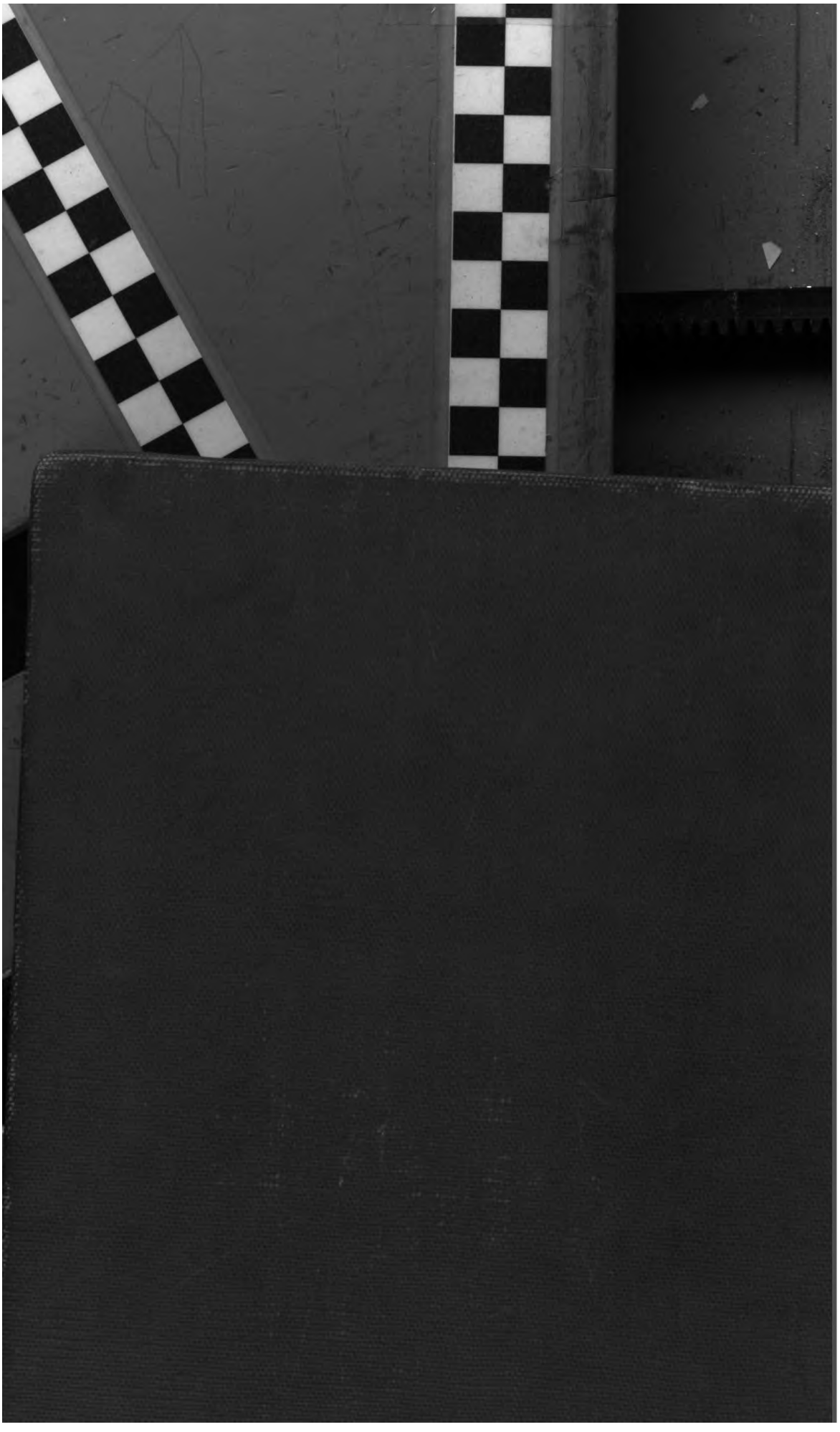
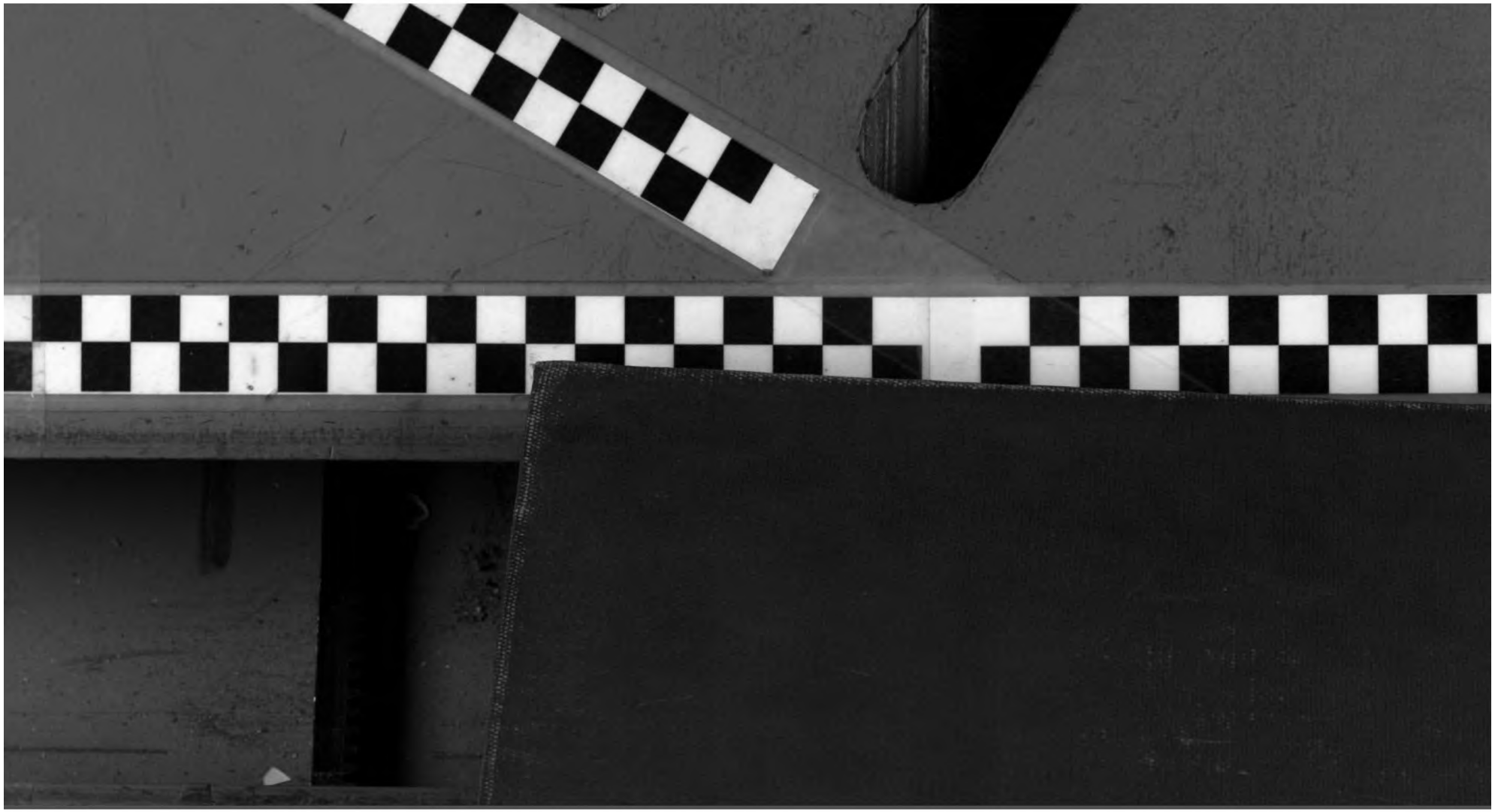
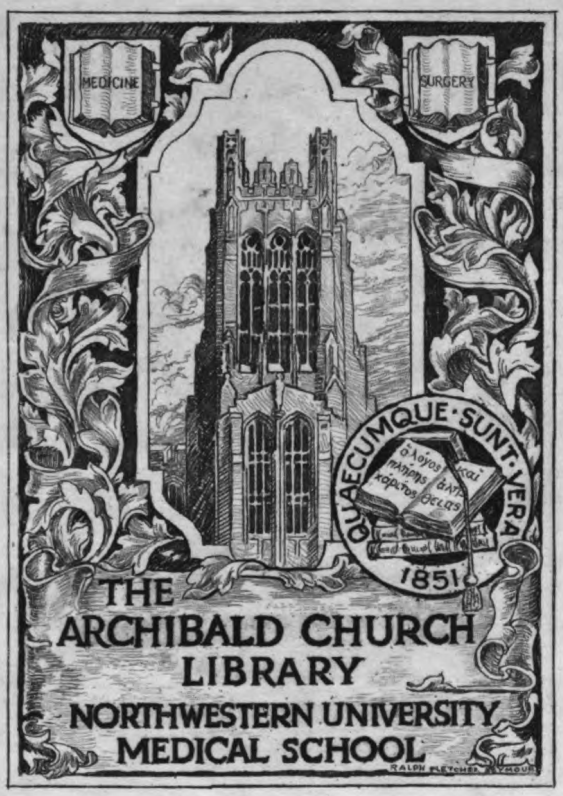







MEDICINE
SURGERY
QUAECUMQUE · SUNT · VERA
1851
THE
ARCHIBALD CHURCH
LIBRARY
NORTHWESTERN UNIVERSITY
MEDICAL SCHOOL

949

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON
A. ALZHEIMER-MÜNCHEN UND M. LEWANDOWSKY-BERLIN

HEFT 9 - 14

SELBSTBEWUSSTSEIN
UND
PERSÖNLICHKEITSBEWUSSTSEIN

EINE PSYCHOPATHOLOGISCHE STUDIE

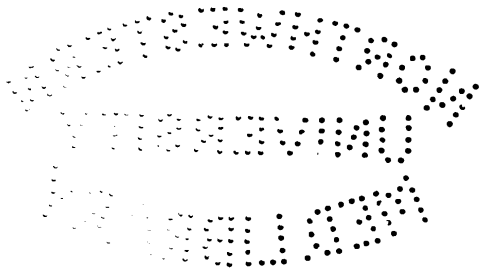
VON

DR. PAUL SCHILDER
ASSISTENT AN DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK
DER UNIVERSITÄT LEIPZIG

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1914

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright 1914 by Julius Springer in Berlin.



MEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN GEHEIMRAT PROFESSOR Dr. G. ANTON

IN DANKBARKEIT ZUGEEIGNET

23243

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einleitung: Ich, Selbstbewußtsein und Persönlichkeit	1
I. Kapitel: Die Depersonalisation	23
Drei Krankengeschichten	24
Deskriptiv-psychologische Analyse der Depersonalisation	54
Die Gefühle und Gemütsbewegungen	55
Die Wahrnehmungen	64
Die Vorstellungen und Erinnerungen	75
Das Denken und die Gedanken	80
Das Wollen	88
Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein	90
Kritik fremder Theorien	96
Fonction du réel und Autismus	105
Psychologische Differentialdiagnose der Depersonalisation	107
Über die genetisch psychologische Erklärung der Depersonalisation	111
Die klinische Bedeutung der Depersonalisation. Ein Beitrag zur Lehre von den Symptomenkomplexen	119
Zur pathologischen Physiologie der Depersonalisation	138
II. Kapitel: Über Einzelsymptome der Depersonalisation und über der Depersonalisation verwandte Zustände	150
Über Coenaesthesiopathie	150
Der Fall Amill und Verwandtes	156
Über einen auto-allopsychischen Symptomenkomplex	164
Zur Psychopathologie der Melancholie	169
Depersonalisationssymptome im Délire de négation	178
Depersonalisationssymptome bei Schizophrenie	180
Depersonalisationssymptome bei Hysterie	183
Zur Kenntnis der Migräne	185
III. Kapitel: Ekstase, „Ichverdoppelung" und Besessenheit.	187
Der Fall Karl O.	187
Über die Ichbeziehungen des Denkens	203
Zur Psychopathologie der Einfühlung	211
Über einfache Erlebnisformen in ihrer Beziehung zum Ich	216
Über Ekstase	218
Über Autoskopie, über die Lokalisation des Denkens und über die Ichverdoppelungen der Hysterie.	229
Über Besessenheit	247
Anhang: Die Kasuistik der Depersonalisation	256
Literaturverzeichnis	285
Sachregister	295

Druckfehlerverzeichnis.

S. 12, Zeile 15 v. o. statt in denen — nach der.
S. 15, Zeile 12 v. u. statt zu einfach — zu einer einfach.
S. 17, Zeile 7 v. o. statt automatischen Handlungen — automatischen Handlungen solche.
S. 19, Zeile 15 v. u. statt Fremden — fremden.
S. 19, Zeile 15 v. u. statt Es — er.
S. 20, Zeile 18 v. o. statt Erlebnis — Erlebens.
S. 27, Zeile 25 v. o statt gebären — gebärden.
S. 48, Zeile 10 v. u. statt Er — es.
S. 102, Zeile 20 v. u. statt hinge — hingen.
S. 102, Zeile 16 v. u. statt in dem — den.
S. 130, Zeile 11 v. u. statt Uraschen — Ursachen.
S. 139, Zeile 22 v. u. statt ihn — sie.
S. 148, Zeile 5 v. u. statt an — um.
S. 152, Zeile 20 v. u. statt dieser Herabsetzung — dieser die Herabsetzung.
S. 152, Zeile 7 v. u. statt Charakteristiker — Charakteristika.
S. 187, Zeile 11 v. o. statt 6. XII. — 6. XII. 1912.
S. 194, Zeile 15 v. o. statt es — er.
S. 197, Fußnote 3 statt All-Elms — All-Eins.
S. 205, Zeile 22 v. o. statt ungeordnete — untergeordnete.
S. 209, Zeile 9 v. o. statt es — er.
S. 226, Zeile 18 v. o. statt Geringfügungskeit — Geringfügigkeit.
S. 226, Zeile 26 v. o. statt vollkommener — unvollkommener.
S. 227, Zeile 6 v. o. statt die — bei.
S. 229, Zeile 15 und 12 v. u. statt Patienten — Patientin.
S. 249, letzte Zeile statt Personen in — Personen, die in.

Einleitung.

Ich, Selbstbewußtsein und Persönlichkeit.

I.

Wenn wir unbefangen festzustellen versuchen, was wir als das Ich eines anderen bezeichnen und was wir zu seiner Persönlichkeit rechnen, so ergibt sich etwa folgendes: Jener andere präsentiert mir zunächst eine Persönlichkeit aus einem bestimmten Volksstamme und aus einer bestimmten sozialen Schichte. Aber ich bin mir stets bewußt, daß die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Nationalität, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesellschaftsklasse einen Träger voraussetzen. Jener Träger bleibt immer der gleiche; wenn ich auch etwa erfahren sollte, daß ich mich in der Zuordnung zu einer bestimmten Nation geirrt habe, oder wenn es sich auch ereignen sollte, daß er durch Schicksalsschläge aus seiner sozialen Position verdrängt wird. Wir wundern uns nicht, wenn der Held der Tragödie aller äußeren Ehren beraubt, versichert, noch sei er, er selbst und wir werden uns dabei bewußt, daß all dieses nur Hülle und Schale gewesen ist. In viel innigerer Weise scheint uns der andere durch seinen Körper repräsentiert zu sein und wenn wir uns auch nicht verhehlen, daß Kind und Greis nur geringe Ähnlichkeit besitzen, suchen wir doch die Züge des einen im Antlitz des anderen wiederzuerkennen und erwarten im Grunde doch ein und dasselbe wieder zu finden. Auch die Wissenschaft stützt diese Annahme einer besonderen Eigenart des individuellen Organismus. Überpflanzungen von Organen gelingen dann am sichersten, wenn das Organ innerhalb desselben Organismus überpflanzt wird. Gleichwohl denken wir an anderes, wenn wir von Ich und Persönlichkeit sprechen. Wir denken an ein eigenartiges psychisches Geschehen und sogar innerhalb des Psychischen pflegen wir noch zwischen Charakter und Erfahrung zu sondern. Die Denkweise des praktischen Lebens ist in dieser Hinsicht durchaus konsequent. Wir pflegen es als Beleidigung aufzufassen, wenn der Versuch gemacht wird, unsere Persönlichkeit als einfache Summe des Gelernten und Erlebten darzustellen. Die Denkweise des praktischen Lebens fordert also etwas als Grundlage der Persönlichkeit, das nicht erfahren und nicht gelernt ist.

Auch die Beobachtung des eigenen Innenlebens ergibt, wenigstens dann, wenn wir uns mit den Augen der anderen, das heißt, vom Standpunkte des sozialen Lebens aus betrachten, keine Notwendigkeit von diesem Standpunkt abzugehen. Die Schwierigkeiten beginnen erst in jenen Momenten, wo wir uns

rein betrachtend in das eigene Innenleben versenken. Es muß in der Tat zugegeben werden, daß dann ein Icherlebnis zu mangeln scheint und auch die Konstanz und Einheitlichkeit des Ich erscheint nicht immer gewahrt.

Es ist ein Problem von großer Bedeutung, ob in der Tat das Icherlebnis jenen Momenten fehlt und ob die tiefere Betrachtung nötigt, den oben skizzierten Standpunkt des täglichen Lebens zu verlassen.

Man würde zunächst versuchen, die entwicklungsgeschichtliche Methodik zur Klärung der Frage heranzuziehen. Wer sich mit Tierpsychologie beschäftigt hat, wird zugeben, daß hier Möglichkeiten zu einer genetischen Erklärung des Ichbegriffs und des Ichproblems nicht ohne weiteres gegeben sind. Vielmehr reflektiert sich in den entsprechenden Anschauungen auf diesem Gebiete nur das, was auf anderem Wege über das Problem ermittelt wurde [1]).

Aussichtsreicher erscheint eine Untersuchung, die sich auf völkerpsychologische Methodik [2]) stützt. Es liegt in der Tat ein Aufsatz von Flügel vor, doch ist die Behandlung der Frage eine durchaus schematische und führt nicht weiter. In den Quellenschriften findet man manches einschlägige, doch ist die Deutung keineswegs leicht zu geben. Eine Deutung des wertvollen empirischen Materiales scheint vielmehr nur dann möglich zu sein, wenn wir an es herantreten mit einer Methodik, welche uns erlaubt, zu sichten und zu ordnen.

Auch die Kinderpsychologie ist nicht geeignet, hier klärend zu wirken. Bestehen doch selbst Kontroversen darüber, in welcher Weise das Wort Ich zum ersten Mal auftaucht. Ja es scheint, daß sich hierüber keine allgemeinen Regeln aufstellen lassen (vgl. Meumann und Gheorgoff, C. u. W. Stern). Einzelne Tatsachen aus diesem Gebiete sind für unser Problem natürlich interessant und bedeutungsvoll. So z. B., wenn W. Stern angibt, daß Kinder die Photographien der Personen ihrer Umgebung außerordentlich früh erkennen. Doch wird man auch diese Tatsachen erst dann sinngemäß verwerten können, wenn auf anderem Wege die Grundlagen für eine Behandlung des Problems gewonnen sind.

Unser Weg ist der, daß wir uns zunächst im Groben phänomenologisch zu orientieren versuchen und dann die gewonnenen Kriterien verwenden zu einer Durchforschung empirischen Materiales aus einem anderen Gebiete: der Psychopathologie.

Wir meinen die Phänomenologie, wie sie Husserl entwickelt hat, als eine Normwissenschaft des Seelischen, die im reinen Erschauen gegeben ist. Wenn ich die Welt des Wirklichen nicht mehr beachte und den Blick richte nach den Sphären, welche das Gebiet des reinen „cogito" darstellen, dann treibe ich Phänomenologie. „Individuelles Sein jeder Art ist, ganz allgemein gesprochen zufällig. Es ist so, es könnte seinem Wesen nach anders sein. Mögen auch bestimmte Naturgesetze gelten, vermöge deren, wenn die und die realen Umstände faktisch sind, die und die bestimmten Folgen faktisch sein müssen: solche Gesetze drücken doch nur faktische Regelungen aus, die selbst ganz anders lauten könnten und die schon voraussetzen als zum Wesen von Gegenständen möglicher Erfahrung von vornherein gehörig, daß dergleichen von ihnen geregelte Gegenstände an sich selbst betrachtet zufällig sind. Aber der

[1]) Vgl. z. B. bei Ribot.
[2]) Zu vgl. Wundt: Völkerpsychologie.

Sinn dieser Zufälligkeit, die da Tatsächlichkeit heißt, begrenzt sich darin, daß sie korrelativ bezogen ist auf eine Notwendigkeit, die nicht den bloßen faktischen Bestand einer geltenden Regel besagt, sondern den Charakter der Wesensnotwendigkeit und damit auch Beziehung auf Wesensallgemeinheit hat." Diese Welt der Wesenseinheiten erschließt sich, wenn ich die reale Welt mit einer neutralisierenden Klammer versehe, sie weder bejahe noch verneine, sondern ihr individuelles Dasein dahingestellt sein lasse. Es verbleibt dann eine Erlebnissphäre des reinen Bewußtseins, in der ich das Wesen der Wahrnehmungserlebnisse erschauen kann, in der ich mir das Wesen der Wahrnehmung (etwa einer Wahrnehmung des Baumes) vergegenwärtigen kann.

Und eben auf jene Wesensanschauung zielt die Phänomenologie, sie hat nichts zu tun mit dem realen empirischen Erleben der Psychologie (vgl. im Gegensatz hierzu Messer). Daß die Phänomenologie Husserls keine gereinigte deskriptive Psychologie ist — eine Mißdeutung, welche einzelne Äußerungen der ersten Auflage der logischen Untersuchungen allerdings nahelegten —, betone ich hier schon deshalb, weil Jaspers diesen Begriff der Phänomenologie den Psychopathologen vermittelt hat (freilich ohne direkte Beziehung auf Husserl zu nehmen). Hier verweise ich nur noch darauf, daß diese Methodik ihren heuristischen Wert bereits erwiesen hat. Die denkpsychologischen Untersuchungen der Külpeschen Schule knüpfen an die Ideengänge Husserls an (insbesonders Bühler). Gerade diese Forschungen sind aber von einer kaum abzuschätzenden Bedeutung für die Psychopathologie. Das wird auch von Pick in seinem Buche über Agrammatismus nachdrücklich hervorgehoben.

Ich bin überzeugt, daß das psychopathologische Material sich auch in der Sprache der Assoziationspsychologie darstellen läßt. Ich glaube aber, daß eine widerspruchsfreiere Ordnung mittelst der hier verwerteten phänomenologischen und psychologischen Untersuchungen möglich ist. Ich hoffe das im weiteren Verlauf der Arbeit zeigen zu können.

II.

Wir untersuchen zunächst, ob und in welcher Weise in der Wahrnehmung ein Ich enthalten ist.

Der einfachste Fall von Wahrnehmung ist die Wahrnehmung eines einfachen Sinnensinhalts, einer Farbe oder eines Tones. Nach Hume und Mach gibt es eine Empfindung, ohne daß ein Ich da ist, welches empfindet. Mit Lipps lehne ich eine Perzeption an sich ab und vermeine: „Das Wort Perzeption ist der kurze Ausdruck dafür, daß „ich" etwas perzipiere. D. h. das Wort wird sinnlos einerseits, wenn ich das Etwas wegnehme, das perzipiert wird. Und es wird ebenso sinnlos, wenn ich das Perzipieren wegnehme. Es wird aber endlich nicht minder sinnlos, wenn ich das perzipierende Ich in Gedanken weglasse. Aber dies eben tut man. Dann hat man sachlich nichts mehr. Nur das Wort „Perzeption" ist gerettet." Wir stehen aber in Wirklichkeit nicht einfachen Sinneseindrücken gegenüber, sondern Gegenständen. Selbst wenn ich „Rot" sehe, ist das Erlebnis nicht etwa, daß ich die Empfindung rot habe, sondern ich sehe einen roten Gegenstand. Ich sehe durch die Fülle der Abstufung der Empfindung hindurch ein einfaches unverändertes Rot.

Wir wollen eine einfache Dingwahrnehmung zu analysieren versuchen.

Wenn ich meinen Blick auf einen Tisch richte, so sehe ich unmittelbar vor mir eben diesen Gegenstand. Die Beleuchtung mag, während ich den Tisch beachte, einem fortwährenden Wechsel unterliegen, ich sehe doch den gleichen Tisch. Die Änderungen der Empfindungen, die sich vollziehen, während ich den Tisch beachte, werden überhaupt nicht wahrgenommen [1]). Zwar sind meine Augen niemals ruhig, sie schwanken ständig, auch wende ich den Kopf hin und her. Aber alle diese unendlich zahlreichen Abstufungen, welche die Empfindungen hierdurch erfahren, ändern nichts daran, daß ich den Tisch als gleichen vor mir sehe. Ich kann auch näher an den Tisch herantreten, kann ihn betasten, ihn von einer anderen Seite ansehen, es bleibt der gleiche Tisch. Wir sagen, hier liegt ein auf einen Gegenstand gerichteter Akt vor und unter Akterlebnissen verstehen wir eben solche, in denen uns „Inhalte" gegenständlich werden. Von jedem Gegenstand ergibt sich eine unendliche Fülle derartiger Abschattungen. Habe ich aber eine derartige Wahrnehmung des Tisches vollzogen, so kann ich nun meine Aufmerksamkeit auf dieses oder jenes Merkmal des Gegenstandes richten, etwa auf eine seltsame Verzierung des Tisches oder die auffallende Form der Platte. Ich kann an dem Tische eine Fülle von einzelnen Besonderheiten und Merkmalen sehen. Aber indem ich jedes einzelne dieser Merkmale beachte, wird es mir gegenständlich und ich vollziehe einen Akt. In jedem dieser Akte lebt nun das Ich. Ist nun, so kann man fragen, in dieser Wahrnehmung des Dinges Tisch mit seinen vielen Merkmalen nicht schon ein vielfaches Icherlebnis enthalten? Aber schließlich fasse ich alle die Akte, welche auf einzelne Merkmale gerichtet waren, zusammen in die Wahrnehmung des so und so bestimmten Tisches und diese Wahrnehmung des so und nicht anders gearteten Tisches ist für mich nur ein unteilbares Erlebnis in dem wieder ein unteilbares Ich lebt. Das Gesamterlebnis ist schließlich mit den Worten beschrieben: Ich nehme den Tisch wahr. Von einer Vielheit der Icherlebnisse kann dabei nicht die Rede sein. Der Gegenstand Tisch wird schließlich in einem einheitlichen Akte gemeint.

Aber ich meine den Tisch nicht als isoliertes, sondern er hebt sich von einem mehr oder minder deutlich gegebenen Hintergrunde ab und gerade dieses Abgehobensein des Tisches von allem übrigen ist mit gemeint, wenn ich sage, ich nehme den Tisch wahr. Die Wahrnehmung hebt also einen bestimmten Gegenstand aus allen übrigen heraus und ich bin in dem Akte, der den Tisch in seiner Umgebung erfaßt, darin. Es ändert nichts an der Sachlage, wenn eine Vielheit von Gegenständen so herausgehoben wird, wenn ich etwa einen Tisch und einen Stuhl in einem Erlebnis herausnehme. Sie bilden gegenüber dem Gestaltlosen, aus dem sie hervorgehoben wurden, eine neue Einheit, die sich durch die Art, wie sie erlebt wird, charakterisiert. Ebenso wie die Vereinheitlichung im Akte der Wahrnehmung sich über räumliche Grenzen hinwegsetzt, setzt sie sich auch über zeitliche hinweg. Es gibt ein einheitliches Erleben eines Buches, auch wenn dieses im Verlauf mehrerer Tage durchgelesen wird. Es gibt ein einheitliches Erleben von Musikstücken. Es wird die Eroika gleichsam mit einem Blicke überschaut. Auch hier muß von Vereinheitlichung gesprochen werden, und in diesem einen Blick ist eben das Ich darinnen, es lebt

[1]) Die Empfindungen und die sie „auffassenden" oder apperzipierenden Akte werden hierbei erlebt, aber sie erscheinen nicht gegenständlich, sie werden nicht gesehen, gehört, mit irgend einem Sinne wahrgenommen (Husserl).

in diesem aktmäßigen Erfassen und wir beschrieben Icherlebnisse, als wir von den verschiedenen Arten des Wahrnehmens sprachen. Nicht bloß das Erlebnis des Vordergrundes ist ein Icherlebnis, sondern das Erlebnis des Hintergrundes trägt als wesentliches Merkmal in sich, daß auch der Hintergrund von einem Ich erlebt wird und daß alles so gegebene jederzeit zu einem vollen Erleben des Ich werden kann. Und eben dieses eigenartige Erleben verschmilzt wieder mit dem Erfassen des Gegenstandes, der im Vordergrunde steht.

Es ist zu fragen, wie denn dieses: ich nehme wahr, gedacht werden muß. Ob das Ich, von dem ich spreche, nicht gedacht werden kann und gedacht werden muß als eine Summe alles dessen, was überhaupt jemals erlebt wurde, eine Summe der anderen Wahrnehmungen, Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und Strebungen. Diese Bündeltheorie des Ich lehne ich schon deshalb ab, weil jedes dieser Erlebnisse einen Ichbestandteil bereits in sich enthält. Ich meine also nicht, daß das Ich als Subjekt zum Objekt hinzugedacht werden muß, weil ein Objekt ohne Subjekt nicht denkmöglich ist, sondern ich meine, daß ich ein Ich konstatieren kann, wenn ich mir das: ich nehme wahr vor mein inneres Auge hinstelle und mir rein vergegenwärtige. Mit jeder Perzeption ist, so meine ich, ein Ich untrennbar gegeben. Ich komme also zu der Anschauung, daß das Ich keinen denknotwendigen Beziehungspunkt, sondern ein unmittelbar gegebenes Erlebnis darstellt.

Sofort taucht die weitere Frage auf, in welcher Weise denn das Icherlebnis in dem Wahrnehmungsakt gegeben ist. Man könnte es suchen im Inhalt, also in den Empfindungen, die durch den Akt gesehen und gegenständlich gemacht werden. Aber diese Annahme haben wir ja bereits abgelehnt, denn sonst müßten wir ja zu der Anschauung kommen, daß es auch Empfindungen geben kann, welche nicht Empfindungen eines Ichs sind. Das haben wir aber bereits abgelehnt.

Wir finden vielmehr das Ich im Akte enthalten. Es liegt nicht in der Materie [1]) des Aktes. Es ist ohne weiteres klar, daß keine Modifikation des Icherlebens dann eintritt, wenn ich das eine Mal wahrnehme: ein gleichseitiges Dreieck und das andere Mal: ein gleichwinkeliges Dreieck.

Das Ich wird aber auch dadurch nicht verändert, daß ich den Gegenstand das eine Mal als einen wirklichen und das andere Mal als einen phantasierten meine. Es hat also auch mit der Qualität des Aktes nichts zu tun.

Es ist eben dasjenige, welches in nicht näher beschreibbarer Weise gesetzmäßig den Akterlebnissen verbunden ist. Während jedoch Materie und Qualität der Akte eines Individuums so außerordentlich variieren können, ist der Ichcharakter aller dieser einförmig derselbe. Er wird ständig erlebt und haftet an jedem Erlebnis. Inwieweit auch er Modifikationen zugänglich ist, ist ja das Thema aller unserer Ausführungen. Es wird sich nun ergeben, daß dieses einförmige und konstante Ich gleichsam den Widerschein der Akte über sich

[1]) Husserl unterscheidet Qualität und Materie des Aktes, wobei unter Materie das Gegenständliche, welches der Akt meint und die Weise, in welcher der Gegenstand gemeint ist, verstanden wird. Ich kann z. B. sagen: ein gleichseitiges Dreieck und ich kann auch sagen: ein gleichwinkeliges Dreieck und meine in beiden Fällen den gleichen Gegenstand. Gleichwohl ist er auf verschiedene Weise gemeint.

Unter Qualität des Aktes wird verstanden die gegenständliche Setzung in den verschiedenen Arten des Urteilens, Wünschens, Wahrnehmens und Vorstellens.

gebreitet hat, die von ihm ausstrahlten. Wir sprechen im folgenden vom Selbst, wenn wir eben diese eigenartigen Tingierungen des Ich je nach den Akten, die von ihm ausstrahlen, meinen.

Scharf getrennt werden muß von dem schlichten Erleben des Ich das Wissen von diesem Erleben. Und hier muß ich denjenigen Recht geben, welche behaupten, daß das Subjekt nicht sein eigenes Objekt sein könne. Wenn ich vom Icherleben weiß, ist das Ich in dem Akte des Wissens wieder enthalten und nicht in dem früheren Icherlebnis. Zweifellos liegt in dem Momente, wo ich sage, ich weiß, daß ich wahrnehme, das Icherlebnis im Wissen und nicht im Wahrnehmen. Es scheint also dann nicht einmal eine besondere Vereinheitlichung des Wissens und des Wahrnehmens notwendig zu sein. Wir trennen also Selbstbewußtsein vom Icherlebnis. Dieses ist im Aktvollzuge bereits gegeben.

Wir haben eine wichtige Gruppe neuer Erlebnisse zu berücksichtigen. Ich kann den Akt des Wahrnehmens vollziehen in der Art, daß sich das Erlebnis des Hintergrundes, dem des eigentlichen Sehens rückhaltlos fügt. Es kann aber dieser Hintergrund derart beschaffen sein, daß außer dem Tisch, den ich aktuell wahrnehme, noch anderes begehrt in voller Gegenständlichkeit aufmerksam gefaßt zu werden. Dieses Erlebnis wird sich auch bemerkbar machen in dem Akte des Erfassens des Tisches. Ich werde gleichsam nur mit halber Seele, mit halber Aufmerksamkeit bei der Erfassung des Tisches sein. Jetzt ist es so, daß in dem Erlebnis des Hintergrundes etwas enthalten ist, welches zum Vordergrunde hindrängt. Alles das wird von dem Ich wieder in einem Blicke gesehen. Der Vordergrund, der Hintergrund und das Vordringen des Hintergrundes. Gleichwohl haben wir zwei verschieden gerichtete Tendenzen (das Wort im allgemeinsten Sinne genommen) vor uns und diese Tendenzen werden in dem Akte der Wahrnehmung des Tisches nicht vereinheitlicht. Wir sprechen in diesem Falle von einer mangelnden Vereinheitlichung der aktuellen Tendenzen. Wir betonen, daß wir hiermit anderes meinen als die Einheitlichkeit der Wahrnehmung und wir wollen im folgenden Vereinheitlichung schlechthin und Vereinheitlichung aktueller Tendenzen auseinanderhalten. Wir haben also festgestellt, daß eine eigenartige Abänderung des Erlebens dann eintritt, wenn verschiedene aktuelle Tendenzen des Wahrnehmens vorhanden sind, die nicht vereinheitlicht werden.

Aber die nicht berücksichtigte zweite Tendenz kann in sehr verschiedener Art in das Erleben eingehen. Sie kann gleichsam ausdrücklich in dem Vordergrundserlebnis mit erlebt werden. Sie wird gleichsam als Widerspruch mit erlebt und die Wahrnehmung ist eine widersprochene. Der eigenartige Aktcharakter dieses widersprochenen Erlebens ist das Erlebnis der Unechtheit. Es ist jedoch neben diesem Erleben dieser Lösung des Konfliktes der aktuellen Tendenzen noch eine zweite möglich. Es kann die aktuelle Tendenz, welche erlebt wird, als Hintergrundserlebnis einfach neben die andere hingestellt werden, d. h. es wird in diesem Falle gar nicht zu einem Widerspruch kommen, sondern die nicht zur Wirkung gekommene Tendenz ist einfach vorhanden und beeinträchtigt die Art des Erfassens des Gegenstandes im Vordergrund nur insoweit, als in dem Vordergrundserlebnis nicht jene volle Aktivität vorhanden ist, die ihm normaler Weise zukommen würde. Es wäre in diesem Falle gleichsam nur eine Zersplitterung des Erlebens vorhanden. Es wird die Wahrnehmung, welche das Hervortreten aus dem Hintergrund fordert, vernachlässigt.

Es könnte scheinen, daß wir mit diesen Ausführungen Hypothesen aufstellen. Angestrebt ist jedoch eine reine Tatsachendarstellung zu geben, es wurden zwei Arten Erlebens beschrieben: 1. jene eigenartige Färbung des Akterlebens, wenn aktuelle Tendenzen anderer Art widersprechen und 2. jene, wenn ich so sagen darf, relative Unverändertheit des Erlebens, wenn anders gerichtete aktuelle Tendenzen zwar vorhanden sind, aber nicht ausdrücklich in das Erleben einbezogen werden [1]). Wir müssen also sagen, eine Vereinheitlichung im strengsten Sinne findet in beiden Fällen nicht statt, sie wird gleichsam angebahnt in dem ersten Falle, sie wird nicht einmal versucht in dem zweiten.

Wir sprachen wieder nur von einer Vereinheitlichung der Tendenzen. Jene Zusammenfassung im weitesten Sinne, daß die Erlebnisse sowohl des direkt gefaßten Gegenstandes als auch die der nur im Faßbereich des Ich gelegenen Gegenstände in ein Erlebnis zusammengefaßt werden, jene findet freilich statt. Es ist eben die Zusammenfassung in der Einheit des Ich.

Es ist im vorangehenden eine Vereinfachung im Interesse der Darstellung insofern vorgenommen worden, als wir als Hintergrund des Wahrnehmungsgegenstandes nur Wahrnehmungsgegenstände annahmen. Wir müssen scharf betonen, daß dieser Hintergrund nicht bloß durch Gegenstände möglicher Wahrnehmung gebildet wird, sondern daß dieser Hintergrund auch Gefühle, Strebungen, Gedanken und Vorstellungen umfaßt. Die Widersprochenheit einer Wahrnehmung kann auch ausgehen von einem Gefühl, von einer Vorstellung etc. Alle diese Modifikationen des Icherlebens ändern nichts daran, daß es ein Icherleben ist. Wir haben nur verschiedene Seiten und Möglichkeiten desselben beschrieben. Wir haben gleichzeitig gezeigt, in welcher Weise die Einheitlichkeit des Icherlebens in allen diesen Fällen gewahrt ist und haben die besondere Art dieser Einheitlichkeit beschrieben.

Unsere Erwägungen führten zu einer reinlichen Scheidung von Icherlebnis und Selbstbewußtsein. Wir fügen hinzu: Selbstverständlich können die verschiedenen Arten des Icherlebens in einem neuen Akte gefaßt werden. Das Individuum kann wissen, daß es in unechter Weise, in widersprochener Weise wahrnimmt. Es kann auch wissen, daß es nicht mit der vollen ihm zu Gebote stehenden Kraft (dieser Ausdruck ist bildlich) wahrnimmt. Es wird dann das Individuum sagen können, ich bin verändert und zwar mit einem guten Sinn. Wir werden jedoch diesen Ausdruck dahin korrigieren, daß wir sagen, neuartige Icherlebnisse sind vorhanden, diese aber sind gleichwohl wieder Erlebnisse, welche dem gleichen Ich zugehören. Und wir werden sagen, daß das Selbstbewußtsein des Individuums Veränderungen erlitten hat. Das Ich selbst bleibt uns unverändert und konstant. Denn wir haben im vorangehenden gezeigt, daß jedem Erleben ein Ichmoment innewohnt, eine Behauptung, die sinnlos wäre, wenn wir unter Ich etwas verstünden, was dem ständigen Wechsel unterworfen ist. Dieses Ich ist uns etwas, was keine Veränderungen eingeht. Wir behaupten also nicht bloß, daß das Icherlebnis ein spezifisches sei, sondern auch, daß dieses spezifische Erleben ein konstantes und unveränderliches ist. Es ist eben: Ich.

---

[1]) Meines Erachtens finden sich auch in diesem Falle qualitative Abänderungen des Vordergrunderlebens, nur in geringerem Grade.

III.

Sehr ähnliche Erwägungen, wie sie sich uns im vorangehenden betreffs der Wahrnehmung aufdrängten, lassen sich für die Gefühle und Gemütsbewegungen anstellen. Ein Gefühl, ohne ein Ich das fühlt, ist, wie ich mit Lipps hervorheben muß, nicht denkbar. Es erscheint uns jedoch notwendig, zunächst noch mit einigen Worten auf die Gegenständlichkeit der Gefühle einzugehen. Nach Lipps, dem sich Oesterreich anschließt, stehen die Gefühle dem Ich nicht gegenständlich gegenüber, sondern sind Ichzuständlichkeiten. Das bekannte Beispiel von Lipps ist, man könne nicht sagen, man sei farbig oder sauer, wenn man Farbe oder Sauerkeit empfinde, man sage aber mit gutem Rechte: ich bin lustig, erfreut, traurig etc. Demgegenüber ist folgendes zu bemerken. Betrachten wir irgend etwas Rotes, so knüpft sich an das Rot irgend ein Gefühl und dieses lokalisieren wir, eben dort, wo wir das Rot sehen, d. h. wir stellen das Gefühl gleichsam vor uns hin, ebenso wie wir auch sonst Gegenstände vor uns hinstellen. Das gleiche gilt von den Annehmlichkeiten und Unannehmlichkeiten der Geschmacks- und Geruchseindrücke. Wir stellen auch diese vor uns, d. h. es sind Gegenständlichkeiten und nicht Zuständlichkeiten. Ich lokalisiere die Angst, die ich fühle, in der Herzgegend oder im Kopfe. Sie ist für mich irgendwo in meinem Körper. Auch die Unlust am Zahnschmerz, den ich empfinde, steht mir gegenüber. Es gibt also phänomenologisch einen sehr guten Sinn, wenn Stumpf von Gefühlsempfindungen spricht. Wir betonen also, daß Gegenständliches jedenfalls vorliegt. Die Analyse von Geiger, welcher seinen Versuchspersonen Farben und Landschaften vorlegte, spricht im gleichen Sinne. In allen diesen Fällen tritt mir das Gefühl gegenüber.

Eine scheinbare Ausnahme bieten die Stimmungen. Aber man hat sich von der Sprache irre führen lassen. Die Stimmung ist nicht etwa ein stets vorhandener Ärger, sondern es ist die ärgerliche Stimmung darin gegeben, daß der Ärger durch Gegenstände besonders leicht ausgelöst wird. Der Ärgerliche ärgert sich über Vorstellungen und Gedanken, welche diesen Affekt sonst nicht bei ihm ausgelöst hätten. Es sind ihm diese Gedanken und Vorstellungen ärgerlich. Ich sehe also in dem Ausdruck ich bin ärgerlich nicht die Tatsache, daß tatsächlich ein gegenstandsloser Ärger besteht, sondern die Sachlage ist die, daß eine besondere Disposition der Auslösung des Ärgers vorhanden ist. Und dieser Ärger haftet gleichsam an den Dingen, er hängt an ihnen. Oder noch besser es besteht die Tendenz den Ärger an die Erlebnisse zu binden. Mit andern Worten auch bei der ärgerlichen Stimmung bleibt der Ärger an den Gegenstand gebunden, und ist Teil desselben. Die gleichen Erwägungen gelten für die traurige und heitere Stimmung.

Wir haben gezeigt, daß die Gefühle gegenständlich Faßbares enthalten, in dem gleichen Sinn, wie in den Empfindungen gegenständlich Faßbares enthalten ist. Gleichwohl wäre es falsch zu leugnen, daß die Gefühle auch Ichzuständlichkeiten sind. Das lustbetonte Ereignis, in dessen Aufbau die Gefühlsempfindung Lust mit einbezogen ist, ist eben noch dadurch charakterisiert, daß ich mich demselben lustvoll zuwende. Es liegt also auch in der Zuwendung selbst etwas gefühlsmäßiges, es ist eben eine fühlende Zuwendung. Es ist also eine Intention auf das Erlebnis selbst vorhanden und auf diese baut sich eine Intention auf die Wohlgefälligkeit des Ereignisses. Diese zweite Intention hat

aber den Aktcharakter des Fühlens, ich meine eben die Lust an dem Gegenstande anders, als ich den Gegenstand selbst meine. Nun haben wir immer wieder die engen Beziehungen zwischen Ich und intentionalem Meinen betont. Da wir das Fühlen auch als besondere Form des aktmäßigen Erfassens erkannt haben, so muß sich auch das Ich in diesem aktmäßigen Erfassen in besonderer Weise aussprechen.

Wir verdeutlichen unsere Auffassung in folgender Weise. Wenn ich einen Gegenstand wahrnehme und ihn als wirklichen meine, so bietet die Empfindung das Material zu der Wahrnehmung. Ärgere ich mich über den Gegenstand, so kommt zu der Empfindungsmasse noch ein sinnliches Gefühl hinzu. Gleichzeitig ist die Intentionalität, welche auf das Ereignis gerichtet ist, eine andere geworden. Wir unterscheiden also an Gefühlen einen sinnlichen und einen aktmäßigen Bestandteil.

Man könnte nun denken, es läge in dem Falle des lustvollen Rot, oder der traurigen Landschaft nur der sinnliche Bestandteil des Gefühles vor. Es ist jedoch in diesem sinnlichen Bestandteil die Forderung enthalten, intentional gefaßt zu werden und zwar mit der ihm entsprechenden Intentionalität. Zu mindest liegt also in derartigen Erlebnissen der Keim, die Tendenz einer lustvollen oder traurigen Zuwendung. Ich komme darauf noch im folgenden zurück.

Wir haben hinzuzufügen, daß sich die Gültigkeit dessen, was wir oben für die Wahrnehmung ausgeführt haben, auch auf das Gefühl erstrecken muß. Denn auch das Gefühl ist ja Inhalt, das erst durch den Akt seine spezifische Beseelung enthält. Es schließt sich also an die große Fülle der Wahrnehmungsakte die Summe der Gefühlsakte. Das Ich, das in den Gefühlsakten lebt, ist aber durchaus identisch mit dem Ichmomente der Wahrnehmung. Wenn sich nun in der Freude über etwas, die gegenständliche Erfassung des Wirklichen und die Freude an diesem Sachverhalt in enger Bindung zu einem neuen Erleben zusammenfassen, so ist ebenso wie dieses Erlebnis selbst das Ich, welches darin enthalten ist, ein durchaus einheitliches. Freilich ist diese Einheitlichkeit eine andere als wenn ich Tisch und Stuhl in einem inneren Blicke überschaue. Man kann sagen, daß auch die Einheit des Icherlebens in beiden Fällen eine verschiedene ist und deshalb mußte auch auf diese Erlebnisarten an dieser Stelle verwiesen werden.

Und jetzt können wir hinzufügen, daß die Ausführungen über aktuelle Tendenzen und über ihre Vereinheitlichung auch für das Gefühlsleben Gültigkeit besitzen. Und ich glaube sogar, daß wir die beiden Fälle des Widerspruchs und des Nebeneinanderstehens der aktuellen Tendenzen noch klarer herausheben können als es bei der Wahrnehmung möglich war. Ich kann mich über einen Gegenstand gleichzeitig freuen und ärgern. Freude und Ärger können gleichsam nebeneinander stehen, ohne sich gegenseitig zu berühren (es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß wir uns nicht darum kümmern, ob eine strenge Gleichzeitigkeit vorhanden ist. Wir haben schon oben hervorgehoben, inwieweit für Akterlebnisse Zeitmaßstäbe Gültigkeit haben.) Die Ichstrahlen, welche getrennt zu Freude und zu Ärger ziehen, werden nicht vereinheitlicht. Sie werden allerdings zusammengefaßt in einem Ich, welches der Gesamtsituation gegenübersteht. Wiewohl also eine Vereinheitlichung nicht eintritt, kann doch nicht von einer Vielheit der Icherlebnisse gesprochen werden.

Das Gesamterlebnis wird nun ein ganz anderes sein, wenn der Ärger zu der

Freude gleichsam in Beziehung gesetzt wird. Wenn ich einesteils den Ärger nicht voll erlebe, weil ihm von der gleichzeitigen Freude widersprochen wird und wenn ich die Freude nicht voll erlebe, weil sie von dem gleichzeitigen Ärger Widerspruch erfährt. Es ist eine neue Bindung dieser aktuellen Tendenzen erfolgt, es hat eine Durchdringung stattgefunden, die jedoch nicht zu einer vollkommenen Synthese geführt hat. Es liegt also eine neue Zusammenfassung besonderer Art vor. Von einer vollkommenen Synthese, von einer vollkommenen Vereinheitlichung müßte dann gesprochen werden, wenn ich mich dazu durchringe, etwa den Ärger gleichsam in die Freude mit aufzunehmen, gleichsam eine Freude zu erleben, die den Ärger besiegt hat oder umgekehrt einen Ärger zu erleben, der die Freude besiegt hat. In diesem Ärger und in dieser Freude sind die entgegenstehenden Gefühle gleichsam in ihrer vollen Wertigkeit enthalten, es sind Gefühlserlebnisse, welche die aktuellen Tendenzen des Individuums zu einer vollen Synthese bringen. In dem Falle des Widerspruchs dagegen kann jedoch von einer vollkommenen Synthese nicht gesprochen werden. Das sind jene Fälle, in welchen nach dem Ausdrucke von Haas den Gefühlen aus tieferer Schichte widersprochen wird. Es sind das die unechten Gefühle. Wir haben ergänzend hinzuzufügen, daß der Widerspruch auch repräsentiert werden kann durch andersartige Erlebnisse. Wieder haben wir in den gegebenen Beschreibungen Icherlebnisse beschrieben und wir halten gerade jene verschiedenen Arten der Zusammenfassung für außerordentlich wichtig zur reinen Beschreibung der Icherlebnisse.

Eine Freude, ein Ärger kann nun auf sehr verschiedene Art gegeben sein, auch wenn ein Widerspruch nicht vorhanden ist. Das Gefühl kann sich abheben von einem indifferenten Hintergrunde. Dieser Gefühlshintergrund kann aber in dem Erleben einen breiten Raum einnehmen oder er kann zurücktreten gegenüber dem eben erlebten Gefühl. In dem ersten Falle werden wir von einer flachen, in dem anderen von einer tiefen Freude sprechen. Die tiefe Freude verlöscht ihren Hintergrund. Man kann bildlich sagen, daß ein gewisses Maß psychischer Aktivität vorhanden ist und daß sich dieses zwischen Hintergrund und Vordergrund verteile. Wenn ich mich über Geringfügiges freue, so erlebe ich diese Freude auf dem Hintergrunde der banalen Wünsche des Tages und diese fügen sich nicht etwa der Freude, sie sind neben ihr. Aber sie widersprechen ihr auch nicht. Sie sind gar nicht ausdrückliches Erlebnis, sie fordern auch nicht erlebt zu werden, aber sie sind doch eben da. Die tiefe Freude, so sagte ich, verlöscht diesen Hintergrund. Es sind dann neben der Freude keine anders gerichteten Tendenzen, es sind die Möglichkeiten zu einem anderen Erleben als zu einem freudigen verringert. Immer aber wird die Situation schließlich als ganzes in einem vereinheitlichenden Akte umspannt. Dieser vereinheitlichende Akt enthält also auch den Widerspruch aus der tiefen Schichte, falls ein solcher vorhanden ist. Oder er enthält den ungeklärten Hintergrund, neben dem Akte, der sich von diesem abhebt. Bei der engen Beziehung, welche nach Husserl zwischen dem intentionalen Meinen und der Aufmerksamkeit bestehen, bedeutet das nichts anderes, als daß die aufmerksame Erfassung der Gesamtsituation etwas Einheitliches darstellt. Wir sehen also, daß schließlich die Einheit des Ich in einer jeweils gegebenen Situation auf das strengste gewahrt bleibt, sei es, daß die Gesamtsituation aus gleichgerichteten oder aus nicht gleichgerichteten Tendenzen besteht.

Eine neue Komplikation kann daraus entstehen, daß die Art, wie ich der Situation gegenüberstehe, Gegenstand eines neuen Meinens werden kann. Aber gerade diese an sich komplizierteren Fälle bieten für eine Lehre, welche die Einheit des Ichs verteidigt, keine Schwierigkeiten. Das Ich ist eben jetzt in dem neuen gegenständlichen Meinen enthalten.

IV.

Wir wenden uns jetzt den Gebieten des Denkens und Wollens zu und werden hier auf sehr ähnliche Probleme stoßen wie bei der Betrachtung des Wahrnehmens und Fühlens. Ich knüpfe hierbei vorwiegend an die Untersuchung von Lipps über Fühlen, Wollen und Denken an. Nach Lipps wird im Entschlusse Grund und Gegengrund zu einer neuen Einheit vereinheitlicht. In dem vollzogenen Entschlusse und in dem vollzogenen Denkakt sind widerstreitende Aktrichtungen, widerstreitende Tendenzen zu einer neuen Einheit zusammengeschlossen. Es wäre aber auch denkbar, daß ich Grund und Gegengrund ständig gegeneinander abwäge, das endliche Fazit überhaupt nicht ziehe, daß also ein ständiges Widerstreiten stattfindet. So z. B., wenn ich vor einer Denkentscheidung zu einem Resultat nicht kommen kann, weil ich Grund und Gegengrund zu vereinheitlichen nicht imstande bin. Ich kann mich dieser Unabgeschlossenheit gegenüber verschieden verhalten. Entweder bleibt mir der Widerstreit dauernd aktuell und es drängt sich bald diese, bald jene Tendenz auf, oder ich kann sie schließlich dahin vereinheitlichen, daß ich das Urteil als ein zweifelhaftes bezeichne.

Eine neue Möglichkeit ist jedoch die, daß ich mich zwar für einen Satz etwa a = b entscheide, daß jedoch gleichwohl in mir noch Tendenzen vorhanden sind, welche besagen oder zu dem Urteil drängen, a ist nicht gleich b. In diesem Falle wird die Entscheidung für mich nicht diejenige Befriedigung bringen, die sie gebracht hätte, wenn ich die Gegentendenz hätte vereinheitlichen können, so daß ich hätte sagen können: Trotzdem manches dagegen zu sprechen scheint, ist a gleich b. Erst wenn ich diese Vereinheitlichung geleistet habe, fälle ich ein Urteil, das für mich evident ist. Unter Evidenz verstehe ich also die Vereinheitlichung aller aktuell gegebener Tendenzen. Nun ist phänomenologisch und psychologisch die Art der Evidenz außerordentlich verschieden. Ich kann z. B. das Urteil fällen, zweimal zwei ist vier, ein Urteil, das zweifellos als evident bezeichnet werden muß. Dieses evidente Urteil ist jedoch ein Urteil, das den Hintergrund, wenn ich so sagen darf, nicht in sich aufnimmt, sondern ihn bestehen läßt. Wenn ich das evidente Urteil zweimal zwei ist vier fälle, so können in mir als Hintergrund des Bewußtseins noch die ganze Reihe der Tagesinteressen vorhanden sein. Es wird mich also auch das Vollziehen dieses evidenten Urteiles nicht befriedigen, weil sich dieser Akt von einer überwiegenden Menge anders gerichteter Tendenzen abhebt. Es kann jedoch ein mathematischer Beweis mich ganz in Anspruch nehmen. Gelingt mir dieser, so ist die Erledigung mit einem ganz anderen Gefühl der Erleichterung verbunden. Schließlich wird es Denktätigkeiten geben, welche gleichsam in einem einzigen Akte nicht bloß das Gegenwärtige und Vergangene, sondern vielleicht auch das Zukünftige in sich zusammenfassen. Sie schmelzen in einem einzigen Akte sämtliche möglichen Tendenzen der Persönlichkeit zusammen. So wenigstens wird gewissen intentionalen Erlebnissen gegenüber das Urteil, dessen lauten, der sie erlebte und

das Urteil dessen, der sie nicht erlebte, wenn sie sich das Erlebnis rein vergegenwärtigen. Freilich versagt diesen Erlebnissen gegenüber die Scheidung: Wahrnehmen, Wollen, Fühlen etc.; es ist alles das darinnen irgendwie gegeben. In jeder höheren Denkleistung sind Willensanstrengungen enthalten, in jedem Willensentschluß Denkleistungen. Und in beide weben sich mannigfaltige Gefühlserlebnisse ein. Sollten jene letzten Vereinheitlichungen nicht in der Ekstase verwirklicht sein?

Unser Weg zwingt uns also zu einem Eingehen auf die Frage der Evidenz. Husserl hat geschieden zwischen einer Evidenz im laxen und einer Evidenz im strengen Sinne. Die Evidenz im strengen Sinne läßt nach ihm keine Grade zu, sie muß auch als allgemein gültig bezeichnet werden. Nach Husserl ist es evident, daß dasjenige, was für A evident ist, auch für jeden anderen evident sein muß. Oesterreich beruft sich demgegenüber auf die alltägliche Erfahrung, in denen der gleiche Sachverhalt von dem einen Autor als evident, von dem anderen Autor als evident unrichtig bezeichnet wird. Er lehnt die Fassung Husserls betreffs der strengen Evidenz ab. Hierzu ist zu bemerken: Es muß Husserl unbedingt zugestanden werden, daß sein Begriff der Evidenz für die phänomenologische Sphäre Geltung hat. Klammert man, wie dies Husserl tut, die reale Welt ein, verbleibt man in der Sphäre der reinen Wesenheiten, des reinen Denkens, so wird ein anderer Begriff von Evidenz allerdings widersinnig. Es ist damit nämlich ausgesprochen, daß das reine Denken keine unbedingte Geltungskraft hat. Es ist damit ausgesprochen, daß die Gesetze des logischen Denkens nicht an sich Geltung haben. Eine derartige Annahme widerspricht jedoch den Voraussetzungen der phänomenologischen Forschungsmethode. Allerdings muß noch eine Ergänzung hinzugefügt werden, nämlich, daß die äußere und innere Wahrnehmung keinen Vorzug in bezug auf den Erkenntniswert vor einander haben. Es muß also angenommen werden, daß auch auf dem Gebiete der inneren Wahrnehmung Täuschungen und Irrtümer möglich sind. Denn nur so ist der von Oesterreich herangezogene, wirklich alltägliche Sachverhalt einer Erklärung zugänglich.

Täuschen wir uns nicht darüber, daß die hier berührte Problemsphäre eine ungeheuere Ausdehnung besitzt. Sie umfaßt auch die Frage nach dem Wesen und der Bedeutung der Halluzination. Der Halluzinant fällt das vollkommen evidente Urteil: „Das ist ein Tisch, das ist die Stimme des N., es wird gerufen, es wird elektrisiert. Gleichzeitig vollzieht der Gesunde das evidente Urteil „dort ist kein Tisch, es wird nicht gerufen, es wird nicht elektrisiert." Nun muß weiter hervorgehoben werden, daß die gleichen Tatbestände, die uns hier auf dem Gebiete der Sinneswahrnehmung begegnen, anzutreffen sind auf dem Gebiete der Urteile. Der Paranoiker fällt das Urteil, dieser Zusammenhang ist ein evidenter, wenn der Gesunde diese Evidenz nicht erlebt. Ich komme also zu dem Resultat, daß entweder die Halluzination phänomenologisch nicht identisch ist mit der Wahrnehmung, oder, daß es eine strenge Evidenz im Sinne Husserls überhaupt nicht gibt. Ich kann auf eine Darlegung der Schwierigkeiten, die sich aus der ersten Annahme ergeben, nicht näher eingehen und möchte als eigenen Standpunkt folgendes fixieren: Wir selbst betrachten die Phänomenologie an dieser Stelle als heuristisches Prinzip und diskutieren nicht näher ihre Bedeutung für die Erkenntnistheorie. Den heuristischen Wert hat die Methode bereits erwiesen. Wir müssen also sagen in phänomenologischem

Sinn muß es eine strenge Evidenz im Husserlschen Sinne geben. Etwas anderes ist jedoch die Frage, ob diese strenge Evidenz im Erleben des Einzelnen, d. h. psychologisch ausreichende Kriterien besitzt. Mit Oesterreich muß ich das mit Rücksicht auf das früher ausgeführte strikte verneinen. Oesterreich hat bereits eine Reihe von Fällen aus dem Alltagsleben ausgeführt, in denen zwischen blinden und evidenten Urteilen Übergänge bestehen. Die Kasuistik, die ich folgen lasse, wird zeigen, daß in der Tat für einzelne Individuen Unfähigkeit besteht, überhaupt klar einzusehen. Sie haben bei richtigen Denkergebnissen keine eindeutigen Evidenzerlebnisse.

Es ist nun unsere Aufgabe festzustellen, was denn das Evidenzerlebnis im psychologischen Sinne ist. Zunächst muß gesagt werden, es ist das Evidenzerlebnis, ein Erlebnis, welches den Noesen im Husserlschen Sinne zugehört. Es ist eine besondere Weise des Akterlebens. Es ist nach Husserl in Parallele zu setzen dem klaren Sehen, es ist ein Einsehen auf Grund eines geklärten Sachverhaltshintergrundes. Aber der evidente Akt im strengen Sinne vereinigt alle möglichen auf Grund des Sachverhaltes denkbaren wahren Urteile in sich. Er ist eine Synthese sämtlicher möglicher Urteilstendenzen, welche durch einen bestimmten Sachverhalt hervorgerufen werden. Ein derartiges absolutes Evidenzbewußtsein ist psychologisch nur ausnahmsweise realisiert. Die Evidenzen, die wir in verschiedenen Individuen antreffen, sind nur in Annäherungen überwiegend häufig Evidenzen im laxen Sinne. Es kann nun psychologisch ein Urteil sämtliche aktuell gegebenen Tendenzen des Individuums in sich vereinen, soweit sie auf Grund eines bestimmten Sachverhalts gegeben sind. Es vereinigt dann alle Urteile, die dem Individuum auf Grund eines bestimmten Sachverhaltshintergrundes eben möglich sind. Wir sprechen dann von einer vollkommenen subjektiven Evidenz. Diese treffen wir an sowohl im Wahrnehmungsurteil des Gesunden, wie auch im Wahrnehmungsurteil des Halluzinanten. Wir treffen es an im Urteil des Denkers sowie auch im Urteil des Paranoikers. Evidenz ist dann ein rein subjektives Phänomen, ein rein psychologisches Phänomen, dessen Erkenntniswert zunächst überhaupt nicht zur Diskussion steht. Es ergibt sich aber sofort, daß im Urteil nicht alle möglichen Tendenzen vereinigt sein müssen, es könnte etwa nur die überwiegende Mehrzahl sein. Wir werden also Grade der Evidenz im psychologischen Sinne zugeben müssen.

Rein psychologisch faßbar ist ferner der Unterschied im Erlebnis je nach der Fülle der aktuellen Tendenzen, die in einem gegebenen Momente vorhanden sind. Es können alle möglichen Tendenzen des Individuums gegeben sein. Wir werden dann den höchsten Grad der für das Individuum möglichen Synthesen vor uns haben. Die Evidenz wird eine besondere Fülle besitzen.

Schließlich muß auch noch folgendes berücksichtigt werden. Wir sprachen bisher immer von den aktuellen Tendenzen, die sich auf das Urteil selbst bezogen und ließen die Tendenzen, welche sich auf die übrigen Urteile bezogen, außerhalb unserer Betrachtung. Ich kann zum Beispiel in vollkommen evidenter Weise das Urteil vollziehen $2 \times 2 = 4$. Dieses Urteil kann ich zwar vollkommen evident vollziehen, aber daneben ist noch Platz für eine Summe anderer Urteilstendenzen. Es ist für das psychologische Phänomen zweifellos von ausschlaggebender Bedeutung, welchen Anteil des Gesamtlebens das Einzelurteil für sich in Anspruch nimmt. Auf alle diese Momente muß bei einer psychologischen Betrachtung des Evidenzerlebnisses Rücksicht genommen werden. Ich brauche

nicht hervorzuheben, daß alle hier beschriebenen Erlebnisse Icherlebnisse in des Wortes engster Bedeutung sind.

Schließlich aber darf bei einer psychologischen Betrachtung die Wichtigkeit des Affektlebens nicht vernachlässigt werden. Für den psychologischen Charakter der Evidenz ist die Erwünschtheit oder Unerwünschtheit der Evidenz von allergrößter Bedeutung. Allerdings fällt der hier hervorgehobene Gesichtspunkt unter den allgemeineren, den wir oben besprachen, es ist ein besonderes wichtiger Spezialfall der Frage nach dem Verhältnis der im evidenten Akte vereinheitlichten Tendenzen im Verhältnis zu denjenigen, welche überhaupt in keiner sachlichen Beziehung zur Evidenz stehen. Es sei gleich hier hervorgehoben, daß die reichsten Evidenzerlebnisse nur dann denkbar sind, wenn auch die Gefühlsakte mit in den evidenten Akt einbezogen werden.

Es läßt sich über die Zweckmäßigkeit streiten, die hier beschriebenen psychologischen Phänomene sämtlich unter den Begriff der Evidenz zu vereinigen. Hebt man jedoch scharf hervor, was gemeint ist, so können kaum Unzuträglichkeiten aus der weiten Fassung des Begriffes entstehen. Es scheinen mir auch alle hier beschriebenen Phänomene im Sprachgebrauch vielfach als evidente bezeichnet zu werden. Die hier getroffenen Einteilungen werden sich uns für die Ordnung des pathologischen Materials als wertvoll erweisen.

Ja uns scheint diese Vereinheitlichung im Evidenzerlebnis so wesentlich zu sein, daß wir eben jene Erlebnisformen auch dann als evidente bezeichnen wollen, wenn wir von Fühlen und Wollen sprechen. Wieder kann man über die Zweckmäßigkeit einer derartigen Terminologie verschiedener Meinung sein. Uns kommt es darauf an, ein wesentliches Erlebnis zu charakterisieren, das dem Wahrnehmen, dem Fühlen, Wollen und Urteilen gemeinsam ist. Und hiebei sei noch betont, daß die Evidenz, der Einklang nicht bloß in jenem Akte zu suchen ist, welcher die Vorstellungsgrundlage des Wollens und Fühlens bildet, sondern im Akte des Fühlens und Wollens selbst.

V.

Das, was wir über die äußere Willenshandlung zu sagen haben, gedenken wir in der Weise vorzubringen, daß wir den Automatismusbegriff der französischen Autoren einer Kritik unterziehen. Er spielt in den psychologisch gerichteten Untersuchungen von Janet, Dugas und anderen eine große Rolle. Die französischen Autoren sprechen vielfach davon, die automatische Handlung gehe nicht vom Ich aus, sondern spiele sich abseits vom Ichbewußtsein ab.

Im alltäglichen Leben sprechen wir dann von einem Tun und Handeln als von einem automatischen, wenn wir durch wiederholte Übung dazu gelangt sind, es ohne besonders auf sie gerichtete Aufmerksamkeit durchzuführen. Wir sprechen insbesondere von automatischem Handeln, bei den oft geübten Tätigkeiten des alltäglichen Lebens. So sage ich z. B.: ich habe das rein automatisch geschrieben, wenn es sich um Dinge handelt, die ich oft in gleicher oder ähnlicher Weise erledigte.

Versuchen wir nun in die Phänomenologie eines derartigen Handelns einzudringen, so kann zunächst gesagt werden, daß der Willensentschluß bei wiederholter Übung der gleichen Handlung ein weniger energischer sein kann, ohne daß hierdurch das Erreichen des Zieles beeinträchtigt würde. Wir verstehen

unter Willensentschluß die direkt und unmittelbar erlebte Willensanstrengung. Ach hat den Ausdruck determinierende Tendenz geprägt. Es umfaßt dieser Begriff zweierlei: Erstens das Erlebnis selbst, durch welches die Folge der weiteren Erlebnisse eingeleitet wird und zweitens die tatsächlichen Abänderungen des Geschehens im Sinne der Determination. Es sagt also der ursprüngliche Begriff auch etwas über den Ablauf im psychischen Geschehen aus. Wir gebrauchen, um klarer zu sein, für das unmittelbare Erlebnis den Ausdruck Willensanstrengung.

Die wiederholte Übung hat noch einen weiteren Einfluß auf das Erleben während des Durchführens der Tätigkeit. Während die neue Handlung ein fortwährendes Achten auf den Gegenstand, ein stetiges Achten auf die Teilmomente der Ausführung fordert, ist das bei der geübten nicht mehr der Fall. Bei der geübten Handlung muß die Willensanstrengung nicht immer wieder erneut werden, sondern es genügt ein für allemal der erstmalige Willensentscheid, um die Handlung im Gange zu erhalten. Gleichwohl bleibt die ablaufende Handlung im Ichfelde. Sie wird zwar nicht im direkt gerichteten Ichstrahl durchgeführt, aber sie ist im Felde der Möglichkeit direkt durch das Ich erfaßt zu werden. Mit anderen Worten, auch die automatische Handlung tritt in keinem Punkte ihres Verlaufes aus dem Ich heraus. Ich bin es, der automatisch handelt, ebenso wie ich es bin, der in voller Zuwendung zum Gegenstande tätig ist. Es muß wieder darauf verwiesen werden, daß hier ganz Ähnliches vorliegt wie auf dem Gebiete des Denkens. Auch das wiederholt Gedachte, auch die banalen Gedankengänge des täglichen Berufslebens sind nicht die eines anderen.

Westphal hat auf dem Gebiete des Erfassens und Wahrnehmens gezeigt, daß es verschiedene Bewußtseinsstufen gibt, von dem einfachen Gegenwärtighaben eines Inhalts bis zu dem ausdrücklichen Konstatieren desselben. Ich werde im folgenden noch eingehend darlegen, daß auch das einfache Haben eines Inhalts bereits gleichbedeutend ist mit: Ich habe diesen Inhalt. Die gleichen Gesetzmäßigkeiten, die uns in diesem Gebiete des Seelenlebens begegnen, treffen wir auch in dem Gebiete der äußeren Willenshandlung an. Das was Westphal für das Wahrnehmen erörtert hat, ist jedoch etwas anderes als die gewohnheitsmäßige, automatisch gewordene Wahrnehmung. Aber es kann die Stufenleiter, die von Westphal in aufsteigender Reihenfolge dargestellt wurde, auch in absteigender Folge aufgezeichnet werden. Die konstatierte Wahrnehmung wird durch die häufige Wiederholung, oder sie kann es wenigstens werden, zu einfach gegenwärtigen. Freilich kann diese jederzeit wieder ausdrücklich konstatiert werden. In der Tat wird von der französischen Literatur von Automatismus auch dann gesprochen, wenn überhaupt eine Konstatierung niemals stattgefunden hat. Und dieser Begriff wird auf Wahrnehmung, Fühlen und Denken übertragen. Nun läßt sich schon gegen die zuletzt angeführte Erweiterung des Automatismusbegriffes das Bedenken erheben, daß eine Identität beider Erlebnisse nicht erwiesen ist, immerhin muß zugestanden werden, daß die Erlebnisse verwandt sind.

Völlig unberechtigt ist jedoch die Anwendung des Automatismusbegriffes in zwei neuen Sphären.

Auch die Erlebnisse der Depersonalisierten werden als automatisch bezeichnet, trotzdem der Tatbestand ein völlig anderer ist.

Schließlich glaube ich nicht, daß es berechtigt ist, die in komplizierter Weise abgesperrten Bewußtseinserlebnisse der Hysterischen wiederum als automatisch zu bezeichnen.

Es ergibt sich also, daß der Begriff des Automatismus genauer präzisiert werden muß. Er umfaßt in der jetzt üblichen Fassung eine Reihe heterogener Erlebnisse. Aber für alle Arten derselben läßt sich erweisen, daß es die Erlebnisse eines bestimmten Ichs sind.

Versuchen wir wenigstens im groben ein Schema des Handelns nach den angeführten Gesichtspunkten zu entwerfen, so muß gesagt werden: In jeder komplizierten Leistung (und im gewissen Sinne sind alle unsere Leistungen kompliziert) finden sich neben den ausdrücklichen (konstatierten) Willenshandlungen eine Fülle nicht ausdrücklich gewollter Teilhandlungen. Ein sicheres und erfolgreiches Handeln wird dann erst möglich, wenn ich nicht jeden Teil des Gesamtentschlusses noch einmal gesondert wollen muß. Das ist einleuchtend für alle mechanischen Verrichtungen. Aber es gilt für alle. Wir setzen den Fall, daß es mir schwer falle, mich morgens aus dem Bette zu erheben und mich anzukleiden. Es wird aber dann der einmalige Entschluß genügen, all das zu Ende zu führen, was ich wollte. Ich werde nicht für jedes einzelne Kleidungsstück eine neue Willensanstrengung notwendig haben. Ich bin im Vorteil gegenüber denjenigen, der für jedes einzelne erst den Entschluß faßt, es anzuziehen. Gleichwohl ist in meiner Gesamthandlung mehr automatisches darin gewesen, als in der Handlung des anderen. Von Hamletnaturen sprechen wir nicht bei solchen, denen die Tat aus einem einmal gefaßten Entschlusse „automatisch" folgt, sondern bei solchen, welche einer stets erneuten ausdrücklichen Willensanstrengung bedürfen, um das Gewollte durchzuführen. Gerade diese stets ausdrücklich Wollenden werden wir als willensschwach bezeichnen. Und jetzt erst können wir sagen: Ich will eben etwas und handle danach, das ist eine Einheit, ein einziger Willensakt. Und diesen kann ich wieder ungeteilt wollen, oder ich kann ihn in Widerspruch zu anderen Tendenzen wollen. Ich will nicht wiederholen, was ich früher ausführte. Wir dürfen direkt, das was wir über die Gefühle und Wahrnehmungen sagten, auf die Willensakte übertragen. Starkes Wollen und schwaches Wollen sind also Gegensätze, die wir in den Erlebnissen antreffen, das starke Wollen ist ein Wollen, welches mit geringer Willensanstrengung zum Ziele führt, das schwache Wollen ist das Wollen, welches zum Erreichen eines bestimmten Zweckes immer neue Willensanstrengungen erfordert. Von automatischem Denken und Handeln sprechen wir dann, wenn zufolge von Übung eine geringe Willensanstrengung zur Verwirklichung des Gewollten führt. Es hat also Verwandtschaft zum starken Wollen, von dem es sich dadurch unterscheidet, daß es nur nach Übung zum Ziele führt. Starkes Wollen und schwaches Wollen können in gleicher Weise widersprochen und unwidersprochen sein, wobei wieder zwischen einem ausdrücklichen und einem nicht ausdrücklichen Widerspruch zu scheiden ist. All das gilt auch von dem automatischen Handeln und Denken, man vergegenwärtige sich doch nur, daß schließlich jede geübte Handlung nichts anderes ist als eine automatische Handlung. Auch eine Alltagsleistung kann ich mit vollem Interesse durchführen. Nun muß allerdings zugestanden werden, daß die automatische Handlung an und für sich eine Tendenz in sich führt, anders gerichtete Gedanken neben sich bestehen zu lassen. Ich möchte sagen sie ver-

leitet zu Gedankenreihen, welche ihr selbst ausdrücklich oder nicht ausdrücklich widersprechen. Gerade diese Eigentümlichkeit des automatischen Erlebens hat zu den vielen Verwickelungen des Automatismusbegriffes Anlaß gegeben. Auch hier zeigt die Betrachtung in der phänomenologischen Sphäre, daß die deskriptiv-psychologischen Erlebnisse in ihrem Sinn klarer hervorgehoben werden können, wenn sie in das Phänomenologische verfolgt werden. Jedenfalls haben unsere Betrachtungen ergeben, daß auch die automatischen Handlungen eines Ichs sind und daß es Handlungen, die den Ichcharakter nicht tragen, überhaupt nicht gibt.

VI.

Man wird der bisherigen Darstellung zum Vorwurfe machen können, sie sei nur eine dürftige Umrißzeichnung, welche die reicheren Formen der Persönlichkeit nicht berücksichtige. Gerade diese aber meinen wir im täglichen Leben mit dem Begriff des Ich. Wir sprachen zwar davon, daß das Icherlebnis eine eigenartige Konstanz habe, welche mit der Konstanz, die wir im Anorganischen sehen, nichts zu tun hätte. Wir verwiesen auf eine Einheit, an der sich eigenartige Besonderheiten aufweisen ließen. Aber wir haben noch nicht betont, daß dieses Ich ein individuelles Ich ist, ein individuell eigenartig bestimmtes Ich. Ich erlebe immer wieder mich als einen so und so gearteten, wobei auf die Artung nur hingewiesen werden kann, während sie sich einer detaillierten Beschreibung ebenso entzieht, wie eine bestimmte Nuance von Rot. Auch die anderen sehe ich immer wieder nur als bestimmte Individuen. Diese Individualität ist aber nicht in den zufälligen Ereignissen und Erlebnissen gegeben, die uns zustoßen, sondern sie offenbart sich nur in der konkreten Folge dieses Erlebens. Es wird in ihm für die Selbstbeobachtung und für die Fremdbeobachtung sichtbar. Die besondere Eigenart des Sachverhalts liegt eben darin, daß das Ich und die Individualität erlebt werden und zunächst nicht erscheinen. Und so ergibt sich wieder der Gegensatz zwischen individuellem Erleben und Wissen von der Individualität entsprechend dem Gegensatz zwischen Selbstbewußtsein und Icherlebnis, und daher rührt es auch, daß ich in der Selbstbeobachtung mich über die konkrete Folge des Erlebens und damit über die Erscheinung meines Ichs und über meine Persönlichkeit täuschen kann.

Wir sagten, daß die Individualität, die Persönlichkeit erkennbar wird in der konkreten Folge der Erlebnisse. Es gibt nun gleichsam repräsentative Erlebnisse der Persönlichkeit, an denen sowohl das Ich selbst und auch die anderen die Stellung des Individuums zur Welt der Gegenstände ablesen können. Es äußern sich in diesen repräsentativen Erlebnissen alle Tendenzen, mit welchen ein bestimmtes Individuum den Gegenständen gegenüber treten kann. Unter Gegenständen verstehen wir hier aber alles, was im Akte gemeint wird, nicht bloß die Dinge, sondern auch die Phantasiegegenstände und die Begriffsgegenstände. Freilich ist es kein direkt erschaubares Erlebnis, daß dieser oder jener Akt meine ganze Persönlichkeit enthält und umspannt. Aber wenn wir auf das aus einem schöpferischen Wurf hervorgegangene Werk des Dichters blicken, so liegt in ihm eben die volle Individualität dessen, der es gemacht hat. Oder schärfer: Es ist das Wesen gewisser Lebensäußerungen, daß in ihnen eine volle Individualität erscheint. Wir sehen es als Wesensnotwendigkeit an, daß es Akte gibt, welche in diesem Sinne die Möglichkeiten der Individualität zu-

sammenfassen. In welcher Weise das geschieht, das wird leichter faßlich, wenn wir uns das vergegenwärtigen, was über den Denkentscheid gesagt wurde. Fortwährend begegnen wir diesen Vereinheitlichungen in unserem Denken und Handeln. Freilich muß man sich von der Vorstellung frei machen, diese Vereinheitlichung falle zusammen mit dem Begriff der psychischen Anstrengung und sei irgendwie die Wirkung einer „Kraft". Es werden hiermit nur bestimmte „Phänomene" des Seelenlebens verstanden. Es ist wichtig, sich stets gegenwärtig zu halten, daß der Entschluß, obwohl er eine Fülle von Strebungen und Tendenzen in sich enthält, schließlich eben doch schlicht und einfach, ein Entschluß ist. Es ist ein Ganzes, das nicht aus den Teilen besteht, die es zusammensetzen. Überall dort, wo wir von Vereinheitlichung und Synthese sprechen, möge man sich des hier Gesagten erinnern.

In der Folge der tatsächlichen Ereignisse im Leben des einzelnen nimmt aber eine Gruppe eine besondere Stellung ein. Es ist das diejenige Erlebnissphäre, welche sich auf den eigenen Körper bezieht. Auch er ist nur Gegenstand und steht mir gegenüber. Aber in der Handlung, in der Bewegung, richtet sich der wollende Akt unmittelbar auf eine Änderung in diesem Gegenstandsbereich. Und mein Wollen empfängt eben erst durch den Körper die Möglichkeit einer Richtung auf Gegenstände. Das äußere Wollen empfängt also erst durch den Körper seinen Sinn. Dazu kommt, daß uns aus dem Körper jene zahlreichen und wichtigen Empfindungen zuströmen, des Hungerns, des Dürstens etc., die es als Wesenscharakter an sich tragen, eben meine Empfindungen zu sein und nur mir zugänglich zu sein. Schließlich ist es der Körper, durch den ich eine Wirkung der Dinge auf mich erlebe. Verliere ich das Augenlicht, so entschwindet mir zwar nicht die Dingwelt, aber sie wird mir unerfaßbar, soweit sie mir im Sehen gegenständlich wird. Diese Abhängigkeit ist mir auch als eigene Erfahrung gegeben, wenn ich die Augen schließe. Es läßt sich dieses auf das Sehen gerichtete Erwägen leicht detaillieren und auf die übrigen Sinne ausdehnen.

So ergibt sich ohne weiteres, daß der Körper in besonderer Weise zum Ich gehört und es wird begreiflich, daß in der täglichen Rede in Kürze häufig statt Körper Ich gesagt wird. Das Wort meint aber dann etwas vollkommen anderes, als wenn vom Ich im strengen Sinne gesprochen wird. Der Körper ist ein Ding, das zu dem Ich in besonderen Wesensbeziehungen steht. Es ist nicht möglich, diese auch nur annähernd zu verstehen, bevor nicht erörtert wurde, auf welche Weise wir von anderen Individualitäten Kenntnis erlangen.

VII.

Wir legen uns also die Frage vor, in welcher Weise uns das Seelenleben des anderen gegeben ist, und wir fragen, worauf sich die Meinung gründet, uns stünden andere Iche, andere Persönlichkeiten gegenüber. Wenn ich einem anderen gegenüberstehe, der mir zornerfüllt droht, so habe ich mich zu fragen, ob ich den Zorn des anderen wahrnehmen kann in seiner Gebärde, ebenso, wie ich die Gebärde selbst wahrnehme, oder ob der Zorn zunächst von mir selbst in irgendeiner Form erlebt werden muß, damit ich zur Wahrnehmung des Zornes meines Gegners komme. Lipps spricht von einem inneren Nacherleben des Zornes, das er als einen nicht weiter zurückführbaren Instinkt ansieht. Aber

dagegen spricht mit hinreichender Deutlichkeit das Erlebnis selbst, in dem nicht anderes enthalten ist als ein Zorn, der nicht mein Zorn ist, ein fremder Zorn, der mit einer Gebärde nicht bloß verbunden, sondern auch durch sie ausgedrückt ist. Und weiterhin ist es Inhalt des Erlebens, daß diese zornige Gebärde einem anderen Ich angehört.

Der Zorn des anderen steht also in der Gebärde des anderen gegenständlich vor mir. Und wenn ich mich dieser Gebärde zuwende, so trägt diese Zuwendung nichts von dem Aktcharakter des Fühlens, wie ich ihn antreffe, wenn ich mich eigenen Gefühlserlebnissen zuwende, sondern sie trägt ausgesprochen den Aktcharakter der Wahrnehmung. Von vornherein steht mir also der fremde Zorn anders gegenüber als der eigene, eben als fremder. Den eigenen erfasse ich in einem Gefühlsakte, den fremden in einem Wahrnehmungsakte. Man wende nicht ein, daß schließlich der wahrgenommene Zorn doch schließlich mein Zorn sein müsse. Es ist ebenso mein Zorn, wie die Empfindung „Rot" meine Empfindung ist. Gleichwohl ist das Rote nichts, was mir zugehört, sondern es steht vor mir und ebenso steht der fremde Zorn vor mir. Es mag genetisch richtig sein zu sagen, daß der Zorn zunächst als eigener erlebt werden müsse und sich durch Assoziation und Reproduktion an die Gebärde knüpfe. Im Erlebnis selbst ist nichts mehr hiervon enthalten. Oder es mag genetisch richtig sein, daß ich das fremde Gefühl instinktiv nacherlebe und mitmache. Aber auch hiervon ist nichts im Erlebnis. Das Erlebnis zeigt nur den fremden Zorn und nicht den eigenen.

Aber gesetzt auch, wir empfänden im einzelnen Erlebnis der Wahrnehmung fremden Zornes zunächst eine instinktive Regung, den Zorn als eigenen zu erleben (und in gewissen Erlebnissen ist das zweifellos der Fall), so ist in dieser gegebenen Tendenz des eigenen gefühlsmäßigen Erlebens nichts gegeben, das mit dem Wesen der Wahrnehmung fremden Zornes zu tun hätte. An diesem Verhältnis würde auch nichts geändert werden, wenn sich empirisch ergeben sollte, daß diese instinktive eigene Regung mit jeder Wahrnehmung fremden Fühlens einhergeht.

Ich kann auch in dieser Tendenz des eigenen Erlebens des Zornes mitgehen, ich kann, wenn mein Freund zornig von dem Unrecht erzählt, das ihm widerfuhr, mit ihm zornig werden. Aber dieser eigene Zorn ist etwas Neues, das neben dem Fremden steht. Es ist wesenmäßig different von dem mir gegebenen fremden Zorne.

Gegenüber dem in Kunstwerk dargestellten Zorn kann ich mich genau so verhalten. Ich nehme ihn wahr und erlebe vielleicht auch eine Tendenz des eigenen Miterlebens. Diese ist aber wesensverschieden vom fremden Zorne.

Aber ich sehe in dem anderen nicht bloß den Zorn, sondern ein Ich, das zürnt und nicht bloß irgendein Ich, sondern ein individuell bestimmtes, eine Persönlichkeit. Vor mir steht etwas, nicht bloß eine Gebärde, sondern ein körperliches Ganzes, eine menschliche Gestalt. Über das Sinnlich-Gegebene hinaus ist noch ein Unsinnliches gegeben, eben jene Beziehung zu einem anderen Ich. Im Erlebnis wird, so ist zu sagen, der Leib des anderen direkt beseelter Leib und es läßt sich wieder von Assoziation, Reproduktion und instinktivem Miterleben nichts ausweisen. Vor mir steht der Fremde als beseeltes Wesen mit Willen, Affekten und Leidenschaften. Ja der Gegenstand „Leib des anderen" erhält erst seinen Sinn darin, daß es der Leib eines Du ist.

Hier drängen sich genetische Gesichtspunkte fast zwingend vor und es drängt sich die Frage auf, wie wir dazu kommen, jenes nicht Sinnliche, die Mannigfaltigkeit fremder Tendenzen, unmittelbar im Erlebnis darin zu haben. Es ist in ansprechender Weise von Prandtl durchgeführt worden, daß für eine solche genetische Konstruktion Assoziation und Reproduktion ausreichen und daß nicht Nachahmungsinstinkte im Lippsschen Sinne herangezogen werden müssen.

VIII.

Daß es nicht das vor mir stehende Gefühl allein ist, welches das Du für mich erweckt, geht daraus hervor, daß mir auch Gefühle gegenüberstehen, die der unbelebten Natur angehören. Wir müssen zurückgreifen auf das, was wir früher sagten. Wir leugneten für die Fremdwahrnehmung einen wesensmäßigen Zusammenhang mit einer Tendenz das fremde Gefühl mitzuerleben. Anders ist jedoch die Sachlage, wenn ich ein Rot vor mir habe, das angenehm ist oder eine Landschaft, die traurig ist. Wie die Empfindung eine Tendenz in sich enthält als Ding wahrgenommen zu werden, so fordert das Angenehme des Rot als angenehm gefühlt zu werden, so fordert die Trauer der Landschaft als Trauer erlebt zu werden. Hier ist also mit dem Gefühl wesensmäßig eine Tendenz des entsprechenden Erlebnis gegeben. Freilich kann ich die Traurigkeit einer Landschaft erfassen, ohne diese Traurigkeit als meine eigene zu deuten. Sie kann mich vielmehr geradezu zum erhöhten Bewußtsein kommen lassen, daß ich nicht traurig bin. Ich kann dieser Traurigkeit der Landschaft die eigene Freudigkeit entgegensetzen. Diese kann neben ihr stehen bleiben oder die Traurigkeit kann meiner Heiterkeit widersprechen. Ich kann auch das eine Gefühl in das andere restlos hineinnehmen. Aber immer muß ich mich der Trauer der Landschaft trauernd zuwenden, mag auch die Zuwendung nur der unmerkliche erste Antrieb zu einer Zuwendung sein.

Es sind also alle jenen Komplikationen denkbar, welche wir auch bei der Erörterung des Gefühlslebens fanden. Es muß das auch geradezu gefordert werden, denn wir haben ja bereits im vorangehenden darauf verwiesen, daß in jedem Gefühlserleben ein direkter sinnlicher Faktor enthalten ist. Die Traurigkeit der Landschaft ist ein Gefühl, genau so, wie die Ärgerlichkeit einer Vorstellung ein Gefühl ist.

Ich kann meine Aufmerksamkeit sowohl auf die Landschaft selbst, ich kann sie aber auch auf die Traurigkeit der Landschaft richten. In dem vielstrahlenden Erlebnis ist dann eben ein Strahl besonders charakterisiert. Schließlich kann ich unter Umständen die Einstellung darauf richten, daß die Landschaft nicht nur traurig ist, sondern daß sie mich auch traurig stimmt. Die beiden ersten Fälle sind vergleichbar damit, daß ich an einem Tische die Form besonders beachte. In dem letzten Falle kommt etwas Neues hinzu. Vom Erleben weg richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, daß ich (durch die Landschaft) traurig bin.

Wieder eine völlig neue Erlebnismodifikation tritt auf, wenn ich in der Trauer der Landschaft völlig aufgehe, wenn ich mich in sie versenke, so daß durch dieses eine Gefühl alle übrigen Tendenzen absorbiert werden. Ich weiß dann nichts von meinem Ich, bin vollständig in der Landschaft und in ihren Gefühlen darinnen. Es ist das aber einer der Fälle der Selbstvergessenheit dem Objekt gegenüber. Vielleicht wird eine irrige Selbstbeobachtung dieses

Erlebens sagen, in jenem Momente war ich und die Landschaft, oder ich und die Stimmung der Landschaft vollkommen eins. Wir müßten demgegenüber betonen, daß der Tatbestand ein anderer ist. Wenn ich meine Einheit mit der Natur erlebe, so fehlt das formulierte Bewußtsein, daß ich es bin, der all dieses erlebt. Das Ichmoment ist nur im Erleben selbst. Es wird nicht erlebt, daß ich mit der Natur eine Einheit bilde, daß ich mit ihr verschmelze, sondern ich erlebe die Natur. Das ist alles. Und in diesem vielstrahligen Erlebnis kann ich mich wieder auf den Gegenstand selbst, die Natur, oder auf seine Stimmung besonders richten.

Anders wird die Problemstellung (Geiger hat das vermengt), wenn ich mich frage, ob ich die Traurigkeit in die Landschaft getragen habe, oder ob die Traurigkeit aus der Landschaft in mich einströmte. Es mag sein, daß hier geringe deskriptive Differenzen existieren, daß sie in dem einen Falle das Gefühl in die Landschaft verwoben, in dem anderen über sie hingegossen ist, im wesentlichen ist diese Fragestellung eine genetische. Im genetischen Sinne könnte man von Einfühlung im engeren Sinne dann sprechen, wenn ich die Traurigkeit in die Landschaft hineingetragen habe.

IX.

Alles bisher Gesagte bezog sich nur auf die Gegenstände, die in der Zeit ruhend sind. Wir können es leicht erweitern auf psychische Verläufe. Das Charakteristische des organischen Lebens ist ja die stetige Änderung in der Zeit. Eine Persönlichkeit kann ich nur dann verstehen, wenn ich mir ihr ganzes Handeln aus ihrem Leben heraus vergegenwärtige, wenn ich gleichsam die Handlung mit erlebe. Aber wenn ich mir das Handeln einer historischen Persönlichkeit vor Augen stelle, so erlebe ich die Gefühle und das Handeln dieser Person unmittelbar in einer anderen Sphäre des Daseins. Wir lassen wieder den selbstverständlichen psychophysisch-genetischen Standpunkt außer acht, daß es doch wieder meine Gefühle und Strebungen sind, die ich erlebe. Wenn ich also vom Nacherleben sprach, so ist das so zu verstehen, daß ich diese Ereignisse sofort in einer eigenartigen Modifikation erlebe, nämlich eben als fremde Erlebnisse.

Aber ich kann das Erleben eines anderen, wenn ich es mir vorgestellt habe (wenn ich es vorstellend nacherlebt habe), nachahmend spielen. Ich kann mir auf der Schaubühne oder im täglichen Leben eine Rolle zurechtlegen, die ich handelnd durchführe. Freilich ist das nachfühlende Vorstellen die Vorbedingung, auf Grund deren ich nun die Persönlichkeit der Vorstellung in der Realität spiele. Aber die Handlung wird dann direkt in der Absicht zu spielen, eben als gespielte ausgeführt. Und ich stehe diesen auf Grund von gespielten Willensentschlüssen vollzogenen Handlungen genau so gegenüber, wie andersartigen Willenshandlungen meiner selbst. Im ganzen Erleben wird sich ausdrücken, daß das Erleben eben mein Spiel ist.

Ich kann mich aber in den ursprünglich gespielten Charakter derart einleben, daß mir das Spiel zur vollen Wirklichkeit wird und ich kann als Schauspieler Richard III. spielend, Icherlebnisse vollziehen, die mir wirkliche und nicht gespielte Erlebnisse sind. Der phänomenale Sachverhalt ist dann vollkommen identisch mit dem Sachverhalt jedes anderen Icherlebnisses. Ich

täusche mich nur über die konkrete Folge meiner eigenen Erlebnisse. Ich beurteile mich als Persönlichkeit falsch. Die Frage, wie es denn zu einer so weitgehenden Täuschung über die eigene Persönlichkeit kommen kann, ist eine rein psychologische. Sie hängt in inniger Weise mit der Frage nach der Wirksamkeit determinierender Tendenzen zusammen.

X.

Und hier können wir unsere Gedanken weiter führen. In der Art, in welcher wir zur Einsicht über unsere eigene Persönlichkeit kommen, liegt wieder eine Fülle neuer Probleme. Es handelt sich nicht mehr um die im Vergleich hierzu immerhin noch einfachen Strukturen, die wir im vorangehenden besprachen. Wir stehen komplizierteren Verwicklungen gegenüber.

Der normale Weg ist derjenige, daß wir uns zunächst um die Persönlichkeit des anderen kümmern, der uns gegenübersteht. Wir sehen in ihm ein kompliziertes, aber doch einheitliches System von Strebungen und Eigenschaften, dem wir in gewisser Hinsicht Gegenstandscharakter zuschreiben, eine Einstellung, welche schon durch das tägliche Leben geboten wird. Dieses System von Strebungen erscheint uns irgendwie an den Körper gebunden. Wir erleben die Willensakte und Strebungen des anderen als zusammengehörig und in keiner Weise trennbar. Von jenem anderen erleben wir aber zunächst nur das, was er uns als soziale Persönlichkeit gibt und bietet und von dem anderen wendet sich der Blick auf das eigene Können, auf die eigene Tätigkeit und eigene Leistung, soweit sie sich im sozialen Leben ausdrücken. Daß die Zuwendung zu der eigenen Persönlichkeit in diesem Sinne etwas Sekundäres ist, geht schon daraus hervor, daß das *Γνῶθι σεαυτόν* erst als Forderung aufgestellt werden muß. Nur in diesem beschränkten Sinne können wir die Behauptung Schelers billigen, die Selbstbeobachtung sei eine sekundäre Attitude gegenüber der Fremdbeobachtung. In der Tat lesen wir unsere soziale Persönlichkeit zusammen aus dem, was wir in dem anderen als unser Bild sehen. Wir sehen uns dann mit den Augen der anderen.

Es muß jedoch immer wieder scharf betont werden, daß all dieses nur entfernte Beziehungen zu dem hat, was wir als Icherlebnis bezeichneten. Ja es umfaßt auch nicht einmal annähernd das, was als Persönlichkeitserlebnis bezeichnet werden muß. Es ist ein kleiner, eng begrenzter Ausschnitt, der so gesehen wird. Das Persönlichkeitserleben selbst ist unendlich viel reicher als sein Ausdruck im sozialen Leben. Und jenes reiche Persönlichkeitserlebnis kann in reiner Wahrnehmung von mir erschaut werden. Hier aber stoßen Fremdbeobachtung und Selbstbeobachtung auf die gleiche prinzipielle Schwierigkeit: aus der Einstellung des täglichen Lebens herauszukommen und diejenigen Persönlichkeitswerte zu entdecken, welche im Alltagsleben der Sozietät nicht von unmittelbarem Belang sind. Die Forderung des *Γνῶθι σεαυτόν* ist also einseitig.

Höhere Werte als das Erkennen der Persönlichkeit vermittelt, sind aber im Erleben der vollen Persönlichkeit gegeben. Ich glaube, dârauf verweist das, was ich im folgenden mitteile.

I. Kapitel.

Die Depersonalisation.

Bevor wir an die Verarbeitung unseres klinischen Materiales gehen, seien einige Vorbemerkungen gestattet. Es soll das hier Gesammelte keine Kuriositätensammlung darstellen. Es handelt sich, um das Resultat einer sorgsamen Sichtung eines nicht allzu reichlichen Materiales [1]) (etwa 1900 klinische und 800 poliklinische Aufnahmen), das in 2 Jahren die hiesige Klinik passierte. Dabei konnten in ganz strenger Weise nur die Patienten der eigenen Abteilung nach Störungen des Selbstbewußtseins durchforscht werden, doch sind mir in liebenswürdiger Weise von meinen Kollegen alle jene Fälle zugewiesen worden, die manifeste Störungen in dieser Richtung zeigten. Es ist die Absicht dieser Untersuchungen, darauf aufmerksam zu machen, daß Störungen des Selbstbewußtseins und Persönlichkeitsbewußtseins auch klinisch-symptomatologisch Bedeutung beanspruchen dürfen. Ich bin mir sehr wohl bewußt, das Thema auch nicht annähernd erschöpft zu haben. Es konnten zunächst nur einzelne Kapitel herausgegriffen werden, da ich prinzipiell Gebiete nicht behandelt habe, bezüglich derer mir eigenes Material nicht zu Gebote stand. So fehlen hier auch systematische Angaben über die übrigens gut bekannten Erscheinungen des doppelten Bewußtseins. Auch in anderen Teilen der Arbeit wird man Vollständigkeit vermissen. Es sind eben Studien und keine systematische Darstellung.

Einen besonders breiten Raum nimmt die Analyse der Depersonalisation ein. Das bedarf einer besonderen Entschuldigung, weil gerade sie in letzter Zeit vielfach Gegenstand ausführlicher Arbeiten gewesen ist. Ich vermisse jedoch in diesen Arbeiten vieles, was ich für wichtig halte und insbesondere weist die einschlägige Arbeit Oesterreichs, die sehr bekannt geworden ist, eine Reihe von Irrtümern auf, deren Aufklärung mir nötig erschien. Das Problem der Depersonalisation ist nicht nur psychologisch, sondern auch klinisch von großem Interesse. Ich habe versucht, an diesem Beispiel eine möglichst vollständige Analyse eines psychopathologischen Phänomens zu geben. Es waren also auch methodische Absichten, die mich zu einer breiten Behandlung des Themas veranlaßten.

Ich gebe zunächst drei Krankengeschichten wieder.

---

[1]) Ich bin Herrn Geheimrat Flechsig für die Überlassung des Materials und für das Interesse, das er an meiner Arbeit genommen hat, sehr zu Dank verpflichtet.

Drei Krankengeschichten.

Fall 1. Gottfried M., Student, geboren 1891. Familienanamnese belanglos, Großeltern, Eltern, ein Bruder und eine Schwester gesund. Ein Cousin soll geistig nicht ganz intakt sein. Die Vorgeschichte ohne Besonderheiten. Er ist Zwillingskind, der andere starb. Er war zunächst schwächlich, entwickelte sich aber dann gut und machte die üblichen Kinderkrankheiten durch. Im 16. Jahre schwere Influenza. Ein Jahr vor der Aufnahme zwei Nasenoperationen. Vor einem halben Jahre Stirnhöhleneiterung. Er hat das Gymnasium zur normalen Zeit beendet, war immer ein guter Schüler und wird von seinen Eltern als still und zurückgezogen bezeichnet. Er kam zum ersten Male in die Klinik am 20. VII. 1912. Er klagte damals, daß er in der letzten Zeit nicht habe arbeiten können. Er führt es darauf zrück, daß er sexuell nicht ganz rein gelebt habe. Er sei seit dem 14. Lebensjahre sexuell erregt, hätte entsprechende Gedanken, er gibt an onaniert zu haben. Er bezeichnet damit Erektionen und Pollutionen. Fürchtet, es würde eine Rückenmarks- oder Hirnkrankheit daraus. Manchmal habe er direkt das Gefühl, daß sich das Gehirn zersetze. In der Folgezeit klagte er, das Gehirn sinke ein; er würde verrückt. Er bittet, man möchte doch seinem Vater nicht gleich die ganze Wahrheit sagen. Er verlangt seinen Vater noch einmal zu sehen. Zuspruch ist vollkommen wirkungslos, er bringt kurz danach die gleichen Klagen und Beschwerden vor. Er beschäftigt sich nicht in der Klinik; sitzt den ganzen Tag beschäftigungslos da; liegt auf dem Sofa. Traurige Haltung und Mimik. In seinem ganzen Wesen energielos; schlaff und weichlich. Am 22. VII. wird er von seinem Vater nach Hause abgeholt. Die körperliche Untersuchung war im wesentlichen vollständig negativ geblieben. Vom Degenerationszeichen nur: angewachsene Ohrläppchen; gespaltenes Zäpfchen. Im übrigen die inneren Organe und das Nervensystem intakt. Insbesondere sind die Sinnesorgane und die taktile Sensibilität ungestört. Keine Anzeichen einer Störung der Viszeralempfindungen.

Am 30. VII. wird er von seinem Vater wieder in die Klinik gebracht. Der Vater gibt folgendes an: G. freute sich zunächst sehr, daß er nach Hause kam. Plötzlich sagte er nachts, man möge ihn fortschaffen, bevor er wahnsinnig sei. Die Mutter solle es nicht mit ansehen müssen. Er klagte ständig über Sensationen im Kopf. Beschäftigte sich nicht. Lag niedergeschlagen im Liegestuhl. Wollte ins Sanatorium oder nach Leipzig, damit er dort beaufsichtigt würde. Er jammerte auch: es blitze vor den Augen und die Wolken kämen herein. Zeitweise kam Zittern und er weinte. Manchmal war er wie abwesend. In der Nacht, vor der Aufnahme in die Klinik machte er einen Selbstmordversuch. Schlug sich mit einem eisernen Ofenhaken gegen den Kopf, so daß es blutete.

Die Beobachtungen in der Klinik sind folgende:

30. VII. Depressive Haltung und depressiver Ausdruck. Er sei jetzt ganz verrückt geworden; merke, wie es immer mehr und mehr schwinde. Die ganze Zirkulation sei verändert; Kopf und Hals seien anders. Das Gehirn sei eingesunken. Er sei dem Irrsinn nahe. Er ist leicht gehemmt; liegt ruhig im Bett. Somatischer Befund unverändert. Am Hinterkopf drei unbedeutende Schrammen.

31. VII. Stark gehemmt. Gibt keine Antworten.

1. VIII. Er spüre einen elektrischen Strom, der vom Kopf zum Rücken ginge. Das sei der Ausdruck der geschwächten Willenskraft. Er fühle genau, daß er unheilbar geisteskrank werde und daß heute oder morgen der Irrsinn ausbrechen werde. Er hätte keine Gefühle mehr, die ganze Seele fehle.

(Können Sie noch traurig sein?)

„Nein. Sie können auch durch den Galvanisationsapparat feststellen, daß die ganzen Willensströme sich verändert haben."

(Ist Ihr Wesen anders?)

„Das ganze Gehirn ist anders geworden; weil ich merke, daß die früheren Zentren durch den Willensstrom auseinander gerissen sind."

(Ist Ihr Charakter verändert?)

„Ich bin ganz anders" (etwas zögernd).

(Inwiefern denn?)

„Ich bin nicht mehr der frühere."

(Haben Sie Ihre Eltern noch gerne?)

„Die lieben guten Eltern!" (Traurig.) Dann: „Natürlich." Der Wille sei krank. „Weil ich nicht mehr den Willen in der Gewalt habe, sondern weil der Wille mich treibt." Er spricht leise, langsam, traurig. Er bittet irgend wohin gebracht zu werden, wo er nichts anrichten könne. „Ich merke ja, daß ich vollständig durch diese elektrischen Willenssachen wahnsinnig werde."

Abends spontan: Er sei ein ganz anderer Mensch geworden; er habe keine Gefühle mehr. Aus dem Körper habe sich alles in den Kopf gezogen und dort finde ständig eine Willensgewitterbildung statt. Er fühle keine Liebe und keinen Haß mehr; er könnte alle Menschen totschlagen, ohne etwas zu fühlen. „Und das wird auch eintreten, wenn die übermächtige Willensgewitterbildung in meinem Kopfe eintritt."

(Ist das Ihr Wille, der im Kopf gebildet wird?)

„Es sind furchtbare elektrische Willensströme, denen ich nicht mehr gebieten kann."

(Haben Sie das Gefühl des Zwanges?)

„Ja, sogar eines ganz furchtbaren Zwanges."

(Wozu werden Sie gezwungen?)

„Das wird sich ergeben, wenn dieser elektrische Dynamo mich vollständig zu etwas treibt."

„Es wäre doch furchtbar, wenn Sie erlebten, daß ich mich gegen andere vergehe!"

(Das wäre doch dann gar nicht Ihr eigener Wille, und Sie könnten nichts dafür!)

„Das kann ich nicht mehr denken, der Dynamo summt weiter."

Das Zureden nütze nichts, es seien eben organische Störungen der Zirkulation, gegen die er gar nichts Seelisches tun könne. „Die Sache entstand so, daß ich allmählich fühlte, daß sich der Wille auflöste, aus dem vorigen Zentrum heraustrat und so elektrisch weiter summte und ich merkte ganz deutlich, was es um den Willen ist. Ich sah richtig, wie tatsächlich der Wille dasjenige ist, das das eigentliche Zentrum ist."

2. VIII. Liegt stumpf mit leerem Gesichtsausdruck auf dem Sofa. Die frühere Willenstätigkeit sei durch die jetzige weggerissen. „Es dreht sich mit rasender Geschwindigkeit in mir." „So daß ich die jetzige Willenstätigkeit als die vollständig richtige empfinde." „Der ganze Motor geht mit einer rasenden Gewalt. Den jetzigen Willen habe ich nicht in der Gewalt, sondern er regiert mich." Er könne nicht denken, da sich alles dreht. „Eiskalt weht es mich an, an Händen und Füßen."

(Fühlen Sie Liebe und Haß?)

„Gar nichts mehr da."

„Die Menschen sehe ich nunmehr als Holzpuppen an."

(Spüren Sie den Kummer?)

„Nein."

(Überhaupt nichts?)

„Nein."

(Welcher Wille ist in Ihnen?)

(Sinnt nach.)

(Ihr eigener?)

„Nein, nein."

(Ein fremder?)

„Ja."

(Wessen Wille ist das?)

„Das ist mein früherer Wille, den ich nicht mehr in der Gewalt habe, sondern mich herumtreibt." Es ist der irrsinnige Wille. Bittet, man möge ihn genau untersuchen. „Alles ist ganz anders geworden. Der Moment kommt nahe, wo ich durch diesen Willen wahnsinnig werde." „Jetzt ist es wieder der eigene Wille, weil ich nicht mehr das frühere Gehirn habe."

„Ganz nebelhaft, weiß ich, wo ich bin." „Wenn auch das schwindet, werde ich in einer ungeheueren elektrischen Macht zu irrsinnigen Sachen getrieben."

(Ist Ihr Charakter verändert?)

„Vollständig, aber ganz anders." (überzeugt).

(Warum?)

„Weil ich niemanden mehr lieb habe, Seele habe ich gar nicht mehr. Das was ich spreche, sind die letzten Worte."

(Welcher Wille ist in Ihnen?)

„Das, was man als bösen Geist bezeichnet."

(Wo blieb der frühere Wille?)

„Der ist weg."

„Der jetzige Wille sitzt nicht mehr im Gehirn, sondern geht wie ein gewaltiger elektrischer Strom durch den ganzen Menschen."

„Ich bin direkt umgestülpt."

„Ich bin richtig leicht geworden, ich kann richtig fliegen." (Hebt matt die Arme und läßt sie der Schwere entsprechend niederfallen.)

3.—5. VIII. Ist im wesentlichen nicht verändert. Äußerte aber, er hoffe doch wieder gesund zu werden. Überhaupt ist er nach einem Besuche des Vaters heiterer. Meint, er möchte dem Vater gerne das Unglück mit dem Sohne ersparen.

„Ich würde mich freuen, wenn es bloß ein trauriges Gefühl wäre." „Es ist immer noch . . . Dynamomaschine, treibt alles ins Gehirn hinauf." „Das ist nicht zeitweise, sondern immer und wird immer schlimmer."

(Haben Sie Ihren eigenen Willen?)

„Das ist eben das Furchtbare, daß ich keinen eigenen Willen habe."

(Sie gehen, essen doch, dazu gehört ja Wille!)

„Das ist das letzte bißchen."

(Haben Sie Gefühle, Liebe und Haß?)

„Gar nichts mehr, als wenn einem alles in den Kopf gerutscht wäre, die ganze Seele."

(Dann ist es doch da!)

„Nein, seelische Empfindungen habe ich gar nicht mehr, das können Sie doch in Experimenten feststellen."

„Es ist nur Schein, wenn ich so ruhig dasitze, da scheint es nur als wenn ich apathisch wäre."

„Ich fühle direkt und habe eine leise Empfindung, als wenn sich der Geist und das Gefühl immer herumdrehen." Er habe diese Dinge zunächst verheimlicht.

(Wer spricht, wenn Sie mit mir sprechen?)

„Das bin ich nicht mehr."

(Wer spricht denn?)

„Das ist ein ganz anderer Mensch."

(Also doch derselbe, der krank geworden ist!)

„Es ist ein geistig und seelisch ganz Kranker."

(Also doch derselbe!) (Schüttelt leise den Kopf.)

„Schmerzen habe ich gar nicht, sondern nur immer das Drehen von einer mächtigen Dynamomaschine in meinem Kopf." „Das ist eben der kranke Wille."

(Spüren Sie Hunger und Appetit?)

„Auch gar nichts mehr!"

(Merken Sie Stuhldrang und Füllung der Blase?)

„Das habe ich auch nicht mehr in der Gewalt."

(Spüren Sie Ihre Glieder?)

„Nein gar nicht . . . das ist alles wie . . . ich kann es Ihnen auch nicht beschreiben."

Als er mit einer Nadel gestochen wird, gibt er an, er fühle gar nichts. Es ergibt jedoch eine Sensibilitätsprüfung, die sofort angestellt wird, daß er spitz und stumpf richtig unterscheidet. Man muß allerdings sehr in ihn dringen, wenn man Antworten erhalten will. Er hat Tendenz zu sagen, er fühle gar nichts mehr.

10. VIII. Liegt den ganzen Tag stumpf mit leerem Gesichtsausdruck auf dem Sofa. Ist getröstet, wenn man mit ihm spricht. Es sei ihm, als wenn es jede Minute schlechter würde. Er habe das Gefühl, der Geist ströme aus. Ein richtiges Gefühl sei es nicht. „Ich kann nicht sagen, woran ich es merke, es ist, wie wenn man ein Gefäß hätte und es ausströmt." „Woran ich das merke, kann ich nicht sagen." „Die ganze Seele und das ganze Streben gleitet weg."

(Ist das Ihr eigener Wille?)

„Es ist etwas Fremdes."

Dann: „Es ist der frühere Wille, den ich nicht beherrschen kann und der mich beherrscht."

(Haben Sie Ihre Eltern gerne?)

„Das kann ich auch nicht mehr; mir ist alles direkt abgeschnitten . . . die Empfindung. Schlafen kann ich daher auch nie; es zuckt immer weiter in meinem Kopfe."

(Sind Sie der gleiche?)

„Ich bin ein ganz anderer."

Er fühlt, daß er dem Zustand des Irrsinns nahe ist. „Wenn ich hier vom Irrsinn überfallen werde, dann zertrümmere ich alles und schlage alles tot." „Weil ich von einer ganz übermächtigen Gewalt regiert werde."

(Welche Gewalt ist das?)

„Das ist eben dieser Wille."

„Jetzt habe ich das Gefühl, wie wenn ich nur aus einem hohlen Kopf bestünde, in dem ein Dynamo summt."

(Spüren Sie Ihren Körper wie sonst?)

„Nein."

(Wie denn?)

„Es ist alles abgehackt."

(Spüren Sie das?)

„Ja." (Nickt mit dem Kopfe.)

Wenn er nicht spreche, so sei das nur der weiter fortschreitende Wahnsinn.

(Was spüren Sie am Körper?)

„Gar nichts."

(Sie sagten doch, daß alles abgehackt sei.)

„Es ist nur alles leer." Macht Bewegungen mit den Armen. „Überhaupt keine Verbindung mit dem Gehirn mehr, das Gehirn ist verstopft." Das was er erzähle, seien die letzten Gedankenkräfte. Er spüre, daß er sich nicht retten könne. Er sei jetzt imstande, alles totzuschlagen und sich völlig irrsinnig zu gebären.

(Erinnern Sie sich an Ihre Vergangenheit?)

„Nein, gar nicht."

Er habe noch ein kleines bißchen Vernunft, mit dem er spreche; das andere sei durch Dynamoströme hinaufgetrieben und zerrissen. „Das sind richtige elektrische Erscheinungen!"

(Woher wissen Sie das?)

„Weil ich es sehe und fühle."

Habe schon das Vorgefühl eines Anfalls gehabt. Er spürt das Summen des Dynamos an den Ohren.

(Fühlen Sie wirklich nichts?)

„Nein, gar nichts mehr." (Traurig.) Die Angehörigen täten ihm leid; das sei aber nur so ein Denken.

Als er gefragt wird, wann Goethe gelebt hat (er ist Germanist), wird sein Gesicht traurig, und er sagt fragend: „Goethe?"

(Wer war das?)

„Dichter."

(Wann lebte er?)

„1759 bis 1830."

(Wann lebte Schiller?)

„1759 bis 1805."

„Ich kann nicht mehr denken, es zieht sich alles aus dem Rückenmark raus und dreht sich rum." Im Kopfe spürt er ein elektrisches Zucken wie Blitze. „Es ist direkter Wille."

(Ist das Ihr Wille?)

„Der frühere Wille hat sich verschoben, indem er mich jetzt regiert. Es ist so wie eine fremde Gewalt."

(Aber es ist doch Ihr Wille?)

„Ich kann dem gebieten." (Sinnend.) „Wenn der Dynamo summt, so denke ich an nichts. Der Dynamo zieht alles aus den Beinen herauf. Das ist immer so."

(Wie erklären Sie sich das?)

„Das ist eben eine ganz schwere entstehende Geisteskrankheit."

Man sehe schon das Weiße in der Pupille des Auges.

(Ist Ihr Selbst noch das gleiche?)
„Nein (traurig), weil alles ganz anders geworden ist."
(Trachten und Fühlen?)
„Das habe ich nicht mehr."
(Empfinden Sie noch Schmerz?)
„Nein, es ist nur das letzte bißchen, das ich denken kann."
Bei Wiederholung der Frage: „Das kann ich gar nicht mehr."
(Freuen Sie sich, wenn der Vater kommt?)
„Ich kann mich nicht mehr freuen." Spontan: „Ich möchte so gerne das alles wieder zurück haben, aber es geht nicht." „Das Ausströmen ist nicht zeitweise, sondern stets."
(Haben Sie ein Ich?)
„Jetzt nicht mehr."
(Ist ein fremder Wille in Ihnen?)
„Das kann ich nicht mehr sagen."
(Können Sie noch etwas wollen?)
„Nein gar nicht."
(Aber eine Persönlichkeit ist doch noch in Ihnen?)
„Nein."
(Was sind Sie?)
„Das kann ich nicht sagen."
Er schmecke auch nicht mehr richtig.
(Merken Sie, was Sie essen?)
„So ganz undeutlich."
(Schmecken Sie den Schinken?)
„Nur wenn ich darauf achte."
(Ist er gut?)
„Die Empfindung habe ich nicht mehr." „Ich habe nur die Empfindung des Ausströmens, wie wenn der Geist immer mehr ausströmt."
(Was ists mit dem Dynamo?)
„Das ist immer noch so, nur noch stärker."
(Sie hören doch, wenn ich mit Ihnen spreche?)
„Ja."
(Sehen Sie das Fenster?)
„Ja, es verknüpft sich aber gar nichts dabei."
(Spüren Sie Hunger und Durst?)
„Nein."
(Spüren Sie die Blasenfüllung?)
„Nein."
(Sie müssen das doch merken, Sie halten sich doch rein?)
„Ganz leicht, ein wenig noch."
(Könnten Sie denn weiter essen, wenn Sie satt sind?)
„Das weiß ich nicht."
(Haben Sie das Gefühl der Sättigung?)
„Nein."
(Könnten Sie den ganzen Tag fort essen?)
„Das glaube ich nicht."
(Merken Sie, wenn Sie etwas gegessen haben?)
„Die Empfindung habe ich gar nicht mehr."
(Hören Sie jetzt anders als früher?)
„Das kann ich nicht sagen."
(Riechen Sie?)
„Nein, nur ein kleines bißchen." „Das Gefühl des Angenehmen habe ich überhaupt nicht mehr." „Ich kann gar nicht auf etwas achten." „Ich habe überhaupt keine seelischen Funktionen mehr."
(Sie sehen und hören doch?)
„Nein seelische meine ich."
(Ist die Empfindung des Körpers anders geworden?)
„Die habe ich nicht mehr, nur so wie wenn etwas von den Beinen in den Kopf strömte."

11. VIII. „Ich fühle wie ich allmählich zu einer Holzpuppe werde und von einem fremden Willen regiert werde."

12. VIII. „Mir wärs am liebsten, wenn man mich bald in eine Anstalt fortschaffte."

Als er an diesem Tag eine Karte von seinem kleinen Bruder erhielt, zeigte er deutliche Zeichen der Freude und Rührung. Auf die Frage, ob er sich darüber gefreut hätte, antwortete er: „Das kann ich nicht mehr!"

(Aber Sie waren doch sichtlich gerührt, Sie atmeten doch tief, sprachen mit gerührter Stimme?)

„Nein."

Die passiv erhobene Hand sinkt schlaff, wie leblos, abwärts.

„Ich fühle doch, wie es täglich schlimmer wird mit mir (mit sehr traurigem, weinerlichen Tonfall). Ich kann nicht mehr ruhig daliegen, das Gefühl der Erquickung fehlt. Das Gefühl des Schlafes fehlt vollständig, ich merke nur, wie die Gewalt immer stärker wird."

(Bei Ihrem Sprechen merke ich doch den Tonfall der Trauer!)

„Das ist nicht Trauer, das ist die Sprache eines, der halb wahnsinnig wird. Seelische Empfindung habe ich überhaupt nicht mehr, weinen kann ich überhaupt nicht. Bei mir ist es nicht Hypochondrie . . . es ist wirklich Irrsinn. Ich würde mir diese Gedanken aus dem Kopf schlagen, wenn ich könnte. Denken kann ich nicht mehr. Ich kann nicht mehr lachen."

(Ich werde Ihnen die Geschichte von der Strubelpepi erzählen!) (Beginnt herzhaft zu lachen.) „Das ist das Lachen eines Verrückten, da ist gar keine seelische Empfindung dabei."

(Waren Sie fröhlich, als Sie lachten?)

„So etwas gibt es gar nicht bei mir, ich merke, wie das Seelische völlig verschwunden ist, ich könnte alles machen, ohne eine Empfindung dabei zu haben. Das, was mich so vollständig umändert, ich kann es gar nicht beschreiben, der furchtbare Strom." „In den Bewegungen bin ich völlig umgewandelt."

(Stellen Sie sich Ihren Vater vor, können Sie das?)

„Nein."

(Ist er groß oder klein?) (Schüttelt den Kopf.)

(Sie erkennen Ihren Vater doch wieder?)

„Ich habe gar keine Empfindungen mehr."

(Sie erkennen mich doch auch wieder?)

„Ja, aber es ist keine Ideenverbindung dabei, weil alles im Gehirn sich so . . . . ."

Am gleichen Tage werden einige Assoziationsversuche mit ihm angestellt. Als Instruktion wird ihm gegeben, er solle möglichst rasch das antworten, was ihm bei den Reizworten einfällt. Er meint hinzu: „Ja, Einfälle habe ich gar nicht mehr."

(Sonne.)

„Gar nichts, es geht nicht mehr!"

(Ist die Sonne grün?)

„Die Sonne?!"

(Können Nachtwächter fliegen?) (Er lacht lebhaft dabei.)

(Haben Sie etwas Vergnügen gespürt?)

„Nein."

(Sie müssen doch den Unsinn erkannt haben!)

„Das ist ganz eigentümlich, es ist auch nicht so . . . ."

(Sehen Sie das Fenster?)

„Ja."

(Sehen Sie es wie früher oder anders?)

„Anders!"

(Inwiefern?)

„Das weiß ich nicht." Bei Wiederholung der Frage: „Bevor ich krank war, da hatte ich Ideenverbindung und Gemüt."

(Was hat das mit dem Fenster zu tun?)

„Da hatte ich doch Vorstellung."

(Sehen Sie das Grün der Bäume?)

„Ja."

(Sehen Sie es wie früher?) (Zögernd.)

„Ja, das kann ich nicht sagen, weil ich ein anderer Mensch bin."

(Wo waren Sie, als Sie aus der Klinik entlassen worden waren?)

„In Loschwitz."

(Wie sah es dort aus?)

„Das hat auf mich gar keinen Eindruck gemacht, auf mich macht überhaupt nichts Eindruck. Es ist wie umgestülpt."

Die Krankheit müsse daher kommen, daß er sexuell frühreif gewesen sei. Er sei ein Zwilling, sei stets schwächlich gewesen. Das Zwillingskind sei totgeboren worden. Er habe die üblichen Kinderkrankheiten durchgemacht (Masern usw.). Vom 16. oder 17. Lebensjahr an habe er sich völlig rein gehalten, in den früheren Jahren habe er sich Vorwürfe zu machen. Jetzt denke jeder, daß er furchtbar ausschweifend gelebt habe.

(Womit haben Sie sich in den ersten Semestern beschäftigt?)

„Ich habe bei B. H. und K. gehört."

(Was denn?)

„Bei K. Literaturgeschichte, bei B. das Nibelungenlied oder was es war." (Schüttelt leise den Kopf.) Seitdem diese Geschichte gekommen ist, ist alles wie umgestülpt . . . ich habe gar nicht den Zusammenhang mit dem früheren Leben! Ich kann auch nicht abschätzen, was gut und böse ist . . . . und furchtbar usw."

Es gelingt jetzt nach längerem Zureden, ihn dazu zu bringen, bei Assoziationsversuch zu antworten. Die Antworten erfolgen jedoch stark verlangsamt.

Gelb	Blume
Schlange	giftig
Sonne	Gold
Mond	golden
Fenster	viereckig
Tisch	vier Beine
Sterne	funkelnd
Schwarz	weiß
Grün	Wiese
Morgen	

„So auftauchen tut gar nichts, das ist es eben."

(Wie haben Sie denn die früheren Worte gefunden?)

„Ich habe keine Empfindung und Vorstellung bei den Worten."

(Was geschah denn, als Sie sagten Fenster . . . viereckig?)

„Ich weiß nicht."

(Was dachten Sie bei Sterne . . . funkeln?)

„Gar nichts."

(Haben Sie sich denn gar nichts dabei vorgestellt?)

„Nein."

Sonne . . . . . Wiederholt mehrfach, daß sich gar nichts daran knüpft.

(Drängen sich keine Vorstellungen auf?)

„Nein."

(Referent läßt einen Gegenstand fallen, hörten Sie das?)

„Ja, aber eine direkte Klangempfindung habe ich nicht dabei."

(Wie meinen Sie das?)

„Das hat doch sonst . . . laut oder leise die Nerven erschüttert."

„Das Gefühl als ob ich Nerven und Körper hätte, habe ich überhaupt nicht. Ich fühle auch wie der Strom selbst im Gehirn organische Zerstörungen bewirkt!"

Auf Aufforderung beschreibt er seinen kleinen Bruder: Klein, blaue Augen, goldenes Haar . . . (beginnt zu weinen, Zeichen lebhafter Rührung).

(Sie weinten, fühlten Sie nichts?)

„Nein, ich habe überhaupt keine Seele mehr. Ich habe richtig gespürt, wie die allmählich wegschwand."

Er bezeichnet eine Reihe von Gegenständen prompt. (Das wissen Sie doch noch?)

„Das sind noch so einige . . . .

„Das ist mir auch so furchtbar, mit Ihnen kann ich auch nicht die Seele austauschen, ich möchte mit Ihnen lieb sein, aber ich kann das nicht mehr." (Weint.)

(Sie weinen doch jetzt wieder, spürten Sie nichts dabei?)

„Nein."

„Ich bin kein Mensch mehr, ich habe keine Seele mehr."

Als ihm mittags eine überhaus stark gesalzene Suppe vorgestellt wird, ißt er sie, ohne eine Miene zu verziehen. Sagt gar nichts. Als er gefragt wird, sagt er, er hätte gar nichts dabei gefühlt.

Aus dieser Zeit stammen auch einige schriftliche Äußerungen des Patienten, die er sich auf Postkarten notiert hat. „Bringt mich, bitte, bitte in eine Irrenanstalt, Coswig glaube ich, ist das beste. Meine Krankheit ist unheilbar. Wenn Ihr wüßtet, was das heißt, irrsinnig zu werden und nicht mehr denken zu können, getrieben zu werden, ohne jemals Ruhe zu finden!

Was hat der Arzt gesagt?"

Eine andere Karte lautet: „Meine armen, armen Eltern! O, was war das für eine fürchterliche Qual, 6 Wochen lang das Ausströmen der Seele und des Geistes zu empfinden; wie man nicht mehr zu seinen Mitmenschen lieb sein kann, wie früher. Mit großer Deutlichkeit vor Augen zu sehen, das Schicksal eines Irren. Daß ich Euch nun so furchtbar zur Last falle, unserer Familie Schande bringe. O hätte ich in der Jugend rein gelebt, wie wollte ich in der Studentenzeit hohen Idealen nachstreben. Da war es zu spät. Denk an Euren Gotti zurück, wie er früher war, der jetzige ist nur ein Zerrbild davon. Wie wollte ich Euch Liebe erweisen, wenn ich gesund zurückkehrte. Aber nun ist alles zu spät. Nach mathematischen Gesetzen. Meine armen Eltern. Unbewußte Sünden meiner Jugend rächen sich jetzt mit unheilbarer Geisteskrankheit. Ich wollte, ich hätte mich damals im Garten getötet. Nun ist es aber doch furchtbar, daß Ihr diesen Schlag wohl nie überleben werdet."

Er schreibt folgenden Brief nach Hause:

„Lieber guter Vater!

Kannst Du nicht in den nächsten Tagen möglichst bald wieder einmal zu mir kommen. Sieh bitte doch zu, daß Du es ermöglichen kannst, mein lieber guter Vater! Ihr Lieben, das liebe gute Muttchen, die liebe Schwester, das liebe Büblein seid vielmals gegrüßt!"

Er klagt in dieser Zeit ständig, er könne nicht schlafen, während es objektiv festgestellt ist, daß er die Nächte im ruhigen Schlafe verbringt.

13. VIII. „Ich bin ganz verändert und irrsinnig, der Motor wird immer ärger."

(Ist Wille in Ihnen?)

„Nein."

(Ist die Außenwelt verändert?)

„Alles ganz anders."

(Inwiefern?)

„Ich merke nur immer, daß sich das immer schneller im Kopfe dreht . . . . die Bewegungen . . . . vollständig irrsinnig, apathischer Gesichtsausdruck!"

(Sie sehen doch?)

„Ja, ich kann aber gar nichts dabei denken."

15. VIII. Traurige Haltung und Miene. „Mir geht es schlecht, weil ich jeden Moment ein anderer Mensch werde, ich habe jetzt überhaupt kein Gefühl mehr!"

„Das geht unter keinen Umständen, daß meine Eltern einen irrsinnigen Sohn haben. Ich fühle genau, wie ich zu allem fähig bin, daß eine furchtbare Macht über mich kommt."

(Wille?)

„Ich habe keinen mehr."

Es ist dabei auffällig, daß er in den Gesten und Tonfall der Stimme auffallend energisch ist.

„Es ist der Moment herangekommen, wo ich überhaupt nichts Seelisches habe, ich kann den Eltern nichts Liebes mehr erweisen." Wolle Selbstmord begehen. „Ich merke es an meiner Veränderung, daß es immer schlechter wird." Er sei seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden.

(Woran merken Sie das?)

„Daß ich keine Seele habe."

(Was ändert sich?)

„Das weiß ich nicht."

(Woran merken Sie die Veränderung?)

„Das weiß ich auch nicht. Seit 20 Tagen gestaltet der elektrische Strom meinen Körper anders."

„Es ist keine Empfindung mehr, solche Fähigkeiten, daß ich etwas empfinde, habe ich nicht mehr."

„Ich kann nie mehr ruhen, es kreist immer weiter."

(Sehen Sie nicht?)

„Ich starre nur immer gerade aus."

In der Tat ist er nicht zum Fixieren von Objekten zu bringen.

23. VIII. Im Anschluß an einen Besuch der Mutter ist er merklich freier, fragt, ob er in zwei oder drei Wochen wieder gesund werde.

24. VIII. Er fühle sich viel wohler, spüre nur noch einen Druck im Hinterkopf. Er spricht mit freier Stimme, Haltung und Mimik nicht mehr gebunden.

(Haben Sie seelische Gefühle?)

„Ach ja."

(Empfinden Sie Freude, Trauer und Schmerz?)

„Ja."

(Sind Sie anders als zu der Zeit, da Sie keine Gefühle hatten?)

„Ich fühle mich ein bißchen freier. Mir kommt es vor, als sei ich so wie früher, als ich Student war."

(Was war in der jüngst vergangenen Zeit?)

„Da lag ich nur da und habe herumgestarrt."

(Waren Sie derselbe Mensch?)

„Als Student hatte ich mich ja noch gefühlt."

(War ein fremder Wille in Ihnen?)

„Ich glaube es war nur Einbildung."

(Spürten Sie wie der Geist ausströmte?)

„Das war vielleicht bloß . . . . (stockt!)

(Wie würden Sie es jetzt bezeichnen?)

„Ein Ziehen."

(Schmeckt das Essen?)

„Das Essen schmeckt mir jetzt wieder."

(Und früher?)

„Das weiß ich auch nicht, was das war."

(Wie würden Sie den früheren Zustand bezeichnen?)

„Vollständige Apathie."

(Hatten Sie Gefühle?)

„Ich erinnere mich gar nicht an die Zeit." „Ich weiß nicht mehr, wie ich damals war. Da habe ich viel Unsinn gequatscht." (Lacht.) „Ich habe mir damals Geisteskrankheit eingebildet."

(Was haben Sie als elektrischen Strom bezeichnet?)

„So eine Art Druckgefühl."

Während seines Stirnhöhlenkatarrhs habe er auch bisweilen die Empfindung gehabt.

„Ich bin ja jetzt auch noch nicht geistig so rege."

(Warum?)

„Weil ich mich noch nicht für alles interessieren kann. Ich habe einen dumpfen Druck im Kopf." Er fühle, daß er jetzt besser schlafe. Die Äußerung vom 1. VIII., daß man die veränderte Willenstätigkeit durch den Galvanisationsapparat feststellen solle, erklärt er damit, daß er mit einem Kollegen über das psychogalvanische Phänomen gesprochen habe. Daß ihm sein Wille verändert vorgekommen sei, wisse er auch nicht mehr so. „Es war immer das dumpfe Druckgefühl im Kopf und da habe ich mir eingebildet, daß es Geisteskrankheit würde." Er lacht über seine Äußerungen, bezeichnet sie als Unsinn. Die ganze Erinnerung sei verschwommen. Er wisse nicht, wie er dazu kam, zu behaupten, er sei ein anderer Mensch und habe keine Gefühle mehr. Doch seien ihm seine Klagen nicht fremd. Er könne jetzt nicht mit Bestimmtheit sagen, ob er in diesem Zustand wirklich gefühllos gewesen sei. „Ich denke mir das jetzt so, daß ich immer nur diese Empfindung im Kopfe hatte und gegen die Außenwelt wie abgeschlossen und apathisch war." Er erinnert sich an das Tatsächliche der Äußerungen. Die Gefühle ließen sich in der Erinnerung schlecht zurückrufen.

25. VIII. Klagt über Druck am Kopfe. Es sei hinter den Augen, wie wenn er einen seelenlosen Blick hätte. Vermutet doch einen Zusammenhang seiner Erkrankung mit seinem Geschlechtsleben. Er leugnet, daß während der Krankheitszeit geschlechtliche Vorstellungen bestanden. Nach Zögern gibt er zu, seine Schwester und Mutter in sexuelle Phantasien einbezogen zu haben. Er gibt das erst dann zu, als ihm gesagt wird, daß dies in der Pubertätszeit kein seltenes Vorkommnis sei. Seit zwei Jahren sei er rein.

(Hatten Sie wirklich das Gefühl der Veränderung?)

„Ja, es kam mir so vor."

(Worauf bezog sich diese Veränderung?)

„Das kann ich nicht sagen . . . . ein ganz eigentümlicher Zustand."

(Wie kam die Besserung?)

„Das kann ich auch nicht genau sagen." „Es war mir so im Kopfe, ein bißchen anders."

Er erkennt fast alle Äußerungen aus seiner Krankheitszeit (die mit ihm durchgegangen werden) wieder. Über den Seelenzustand, aus denen sie hervorgingen, kann er keine Auskunft geben. Er erinnert sich an den Assoziationsversuch, weiß anzugeben:

Grün . . . . . Wiese.

(War das mit Schwierigkeiten verknüpft?)

„Wie meinen Sie . . . . . das Denken?"

„Es war komisch, ich kann nicht mehr beschreiben, wie es war."

Über den Brief vom 12. VIII. meint er, es sei ihm plötzlich die Sehnsucht gekommen, diese sei aber rasch wieder geschwunden (er hatte das aber früher in Abrede gestellt). Er kann noch nicht sagen, ob er das Gefühl gehabt hatte, der Körper sei leichter. „Da habe ich vielleicht die Empfindung gehabt."

30. VIII. Nachts zeitweise unruhig, sagte: „Es wäre doch am besten, wenn man tot wäre."

Er wird allmählich wieder depressiver, der Gesichtsausdruck ist traurig. „Es ist alles umgekehrt bei mir, recht irrsinnig." Spüre ein Ziehen im Kopfe, „Das benimmt mir den Verstand."

(Fühlen Sie seelisch?)

„Ich bin apathisch."

(Können Sie sich freuen?)

„Ach ja, natürlich."

4. IX. Klagt über Druck im Kopfe, sonst fühle er sich ganz gut. Er gibt zögernd an, seelische Gefühle seien da.

(Abgeschwächt?)

„Das weiß ich auch nicht so." Das Denken sei nicht ganz scharf. Er rechnet jedoch leidlich, braucht allerdings zu Aufgaben wie 9×63 ziemlich lange Zeit, macht auch gelegentlich Fehler. Von Dichtern der Sturm- und Drangzeit weiß er keine zu nennen. Von Romantikern nennt er Eichendorff, Platen, Schlegel, Tieck, Schleiermacher. Er wünscht nach Hause zu kommen.

28. IX. Sprach in der letzten Zeit viel von „Rembrandt als Erzieher". Es wird da vom heimlichen Kaiser gesprochen. Sein Lehrer hätte von dem Buche gesagt, es sei gefährlich. Er solle lieber nicht darin lesen. Der Verfasser des Buches, sagt der Kranke, sei daran zugrunde gegangen. Er erschoß sich. Er wollte alles ergründen. Er proklamierte den heimlichen Kaiser. Der Name M. (der Name des Patienten) wird direkt genannt. „Aber ich bin es nicht (lächelnd). Es fiel mir nur so auf." Vor kurzem habe er in der Universitätsbuchhandlung ein Buch gesehen, betitelt „M. der Große — eine Kaiserbiographie der Zukunft". Vielleicht handle es sich um seinen Onkel, der habe bisher nichts gemacht. „Da (in dem Buche) steht auch die geheimnisvolle Stelle: Vielleicht erschlägt der Bauer doch noch den Professor. Der Deutsche Michel ist ein Bauer. Das ist eigentümlich, ich habe Photographien von meinen Vorfahren gesehen, die Bauern sind." „Der heimliche Kaiser ist schon da, wie könnte sonst ein Buch über ihn erscheinen, es ist erst 1911 erschienen." „Es kam mir so ganz merkwürdig vor." „Die Stelle in ‚Rembrandt als Erzieher', die vom Genie handelt, hat großen Einfluß auf mich gehabt. Es hieß ‚Das Genie ist beständige Konzentration'." Zur wissenschaftlichen Bedeutung sei eine Art Intuition nötig. „Wer vorwärts blickt, wird vorwärts gezogen." So hieße es in dem Buche. „Das habe ich versucht, das hat auf mich direkt schädliche Nachwirkungen gehabt."

Er wurde dann aus der Klinik entlassen und kam nach Hause. War aber anfänglich noch teilnahmslos. Im Januar 1913 fing er an sich wieder etwas zu beschäftigen und hörte einige Vorlesungen an der Technischen Hochschule in D. Im nächsten Semester nahm er sein Studium in Leipzig wieder auf. Im Juli 1913 aß er zwar gut, schlief gut. Aber er ist noch nicht der Alte. „Ich vermisse bei ihm namentlich noch Initiative und Energie." (Bericht des Vaters.)

Zusammenfassung:

Es handelt sich um einen 21jährigen Studenten, der sich normal entwickelt hat und eine etwa der Norm entsprechende Begabung zeigte. Er erkrankt zunächst unter dem Bilde schwerer Neurasthenie. Es ist bereits auffällig, daß im Vordergrund Selbstbeschuldigungen sexueller Art stehen. Auch ist er gegen Zuspruch nicht empfänglich. Aus diesem neurasthenischen Zustande heraus entwickelt sich akut ein psychotisches Zustandsbild. Er klagt über völlige Veränderung seiner Person, über durchgreifende Veränderung seiner Willenstätigkeit, über Unfähigkeit zu fühlen und die Außenwelt zu erfassen. Auch in seinen intellektuellen Funktionen und in seinem Erinnerungsvermögen fühlt er sich schwer beeinträchtigt. Dieses Bild, das im wesentlichen als das der Depersonalisation bezeichnet werden kann, erhält eigenartige Züge dadurch, daß er seinen Willen durch elektrische Ströme vernichtet und ersetzt glaubt. Auch kehren während dieses Zustandes Selbstvorwürfe sexueller Art wieder. Nach mehrwöchentlicher Dauer schwindet die Depersonalisation in unmittelbarem Anschluß an einen Besuch der Mutter. Die Erinnerung an den Zustand ist nur eine summarische. Allmählich entwickelt sich eine weitere psychotische Phase, in der Beziehungsideen dominieren. Er entdeckt in einem Buche Andeutungen einer Mission seiner selbst und seiner Familie.

Epikrise:

Geben wir zunächst einen genaueren Überblick über den Zustand auf der Höhe der Depersonalisationsattacke:

1. Veränderungen der Wahrnehmung. Diese erstrecken sich auf sämtliche Sinnesgebiete. Optisch: Er gibt an, das Fenster zu sehen, sieht es aber anders als früher, weil er vor seiner Erkrankung Ideenverbindung und Gemüt hatte. Er kann nicht sagen, ob er das Grün der Bäume in gleicher Weise, wie früher, wahrnimmt, weil er ein anderer Mensch ist. Als er gefragt wird, gibt er zu, einen Gegenstand fallen gehört zu haben, aber eine direkte Klangempfindung habe er nicht dabei gehabt. Über Geschmack und Geruch macht er ähnliche Angaben. Eine versalzene Suppe nimmt er, ohne daß es Eindruck auf ihn macht. Auch die Hautempfindungen sind seiner Ansicht nach verändert. Doch ergibt die eindringende Untersuchung, daß er wahrnimmt, wiewohl er angibt, weder spitz noch stumpf zu fühlen. Auch sonst ergibt die objektive Untersuchung der Sinnesorgane keine Störungen. Es scheint mir, daß der Patient seine Eindrücke im wesentlichen richtig analysiert, wenn er sagt: „Es verknüpfe sich nichts mit den Eindrücken." Jedenfalls zeigen die Empfindungen im engeren Sinne keine Störungen.

Sehr zahlreich sind die Klagen über Veränderung am eigenen Körper. Der Kopf sei wie hohl, der Körper sei leicht geworden, das Gehirn sei wie verstopft, er sei in den Bewegungen völlig umgewandelt, er sei so leicht, wie wenn

Northwestern University
Medical School Library

er fliegen könne. Das Gefühl, als ob er Nerven und Körper hätte, fehle. Er wisse nicht, ob er gegessen habe, habe keinen Hunger und keinen Appetit, die Gefühle der Sättigung fehlten, er spüre die Blasenfüllung nicht, habe den Stuhldrang nicht in seiner Gewalt. Bei der Beurteilung dieser Störungen ist zu berücksichtigen, daß ataktische Erscheinungen nicht vorhanden waren (also keine Störung der Lageempfindung) und daß andernteils die Blasen- und Mastdarmfunktionen nicht gestört waren. Man wird also (was später noch eingehender zu begründen sein wird) annehmen dürfen, daß die Coenästhesie im engeren Sinne gleichfalls nicht gestört war, daß es sich vielmehr um eine Störung der Wahrnehmung und Verarbeitung dieser Empfindungen gehandelt hat.

2. Die Gefühle. Schon am 1. VIII. beteuert der Patient, er hätte keine Gefühle und die ganze Seele fehle. Diese Klagen kommen immer wieder. Er gibt zwar an, die Angehörigen täten ihm leid, das sei aber nur so ein Denken. Er könne sich weder richtig freuen, noch könne er richtig traurig sein. Im auffallenden Gegensatz zu diesen ständig betonten Angaben steht, daß äußere Zeichen der Gemütsbewegung und des Affekts bei dem Patienten stets vorhanden waren. Wenn er klagte, zeigte er Mimik und Haltung der Trauer, sprach er von seinen Eltern oder von seinem Bruder, so wurde seine Stimme gerührt, ja er brach sogar bisweilen in Tränen aus. Andernteils war es leicht, ihn zum herzlichen Lachen zu bringen. Beachtenswert ist auch, daß die mitgeteilten Aufzeichnungen und Briefe durchaus gefühlvoll, ja geradezu sentimental gehalten sind. Will man diesen Widerspruch deuten, so muß daran erinnert werden, daß wir auch bei den Gemeinempfindungen anzunehmen gezwungen waren, daß die Angaben des Kranken nicht ohne weiteres den wirklichen Sachverhalt wiedergeben. Man wird also annehmen müssen, daß der Patient tatsächlich Gefühle hatte. Weshalb er diese Gefühle nicht als die seinen anerkennt, hoffe ich im weiteren Verlaufe der Ausführungen zeigen zu können.

3. Vorstellungen und Erinnerungen. Auch hier äußert der Patient Klagen. Er gibt z. B. an, er könne sich nicht an Loschwitz entsinnen, könne nicht die Gestalt seines Vaters beschreiben. Doch zeigen gelegentliche Äußerungen, daß sinnlich lebhafte Vorstellungen vorhanden sind, so z. B. wenn er seinen kleinen Bruder beschreibt. Auch gelegentliche Prüfung des Gedächtnisses ergibt, daß dieses wenigstens im groben erhalten ist. Leider sind exakte Merkfähigkeitsprüfungen nicht angestellt worden. Das Wiedererkennen von Personen und von Gegenständen erwies sich als ungestört. Es ergibt sich also, daß gröbere Störungen im Rohmaterial der Vorstellung und Erinnerung nicht vorhanden waren.

4. Intellektuelle Funktionen. Zweifellos bestehen Denkstörungen im engeren Sinn, wenn sie auch nicht so weitgehend sind, wie es von dem Kranken dargestellt wird. Es fehlt die Spontaneität des Denkens. Die Gedanken richten sich nicht auf die Außenwelt und verarbeiten die Eindrücke dieser nicht oder nur unvollständig. Der Kranke ist im wesentlichen nur mit seinem eigenen Ich beschäftigt und beobachtet im wesentlichen nur dessen Zustände. Ob in den vielen Stunden des Tages, wo der Kranke regungslos und ohne Initiative dasaß, überhaupt Denkarbeit geleistet wurde, muß dahingestellt bleiben. Der Patient klagt selbst darüber, daß ihm Ideenverbindung und Gemüt fehle. Er selbst gibt an, nicht mehr denken zu können. Charakteristische Ergebnisse

bietet der Assoziationsversuch. Die Antworten erfolgen verlangsamt, doch sind die Assoziationen nicht minderwertig. Eine genauere Beschreibung der Vorgänge während des Assoziierens ist von ihm nicht zu erhalten. Bemerkenswert ist, daß sich in seinen Briefen und in den Gesprächen die Fähigkeit zeigt, Gedankengänge, die auf seine Krankheit Bezug haben, mit Konsequenz durchzudenken.

5. Wille und Persönlichkeit. Es ist die hauptsächlichste Klage des Patienten, daß er in seiner gesamten Persönlichkeit auf das schwerste verändert sei. Er glaubt sich dem Irrsinn nahe, er fühlt sich wie umgestülpt, er fühlt sich zu einer Holzpuppe werden, die von einem fremden Willen regiert wird. Er habe überhaupt nichts Seelisches mehr. Aufs engste verbunden mit diesen Klagen sind Klagen über die Zerstörung seines Willens. Er begreife jetzt erst richtig, wie tatsächlich der Wille dasjenige sei, was als eigentliches Zentrum angesehen werden müsse. Er fühlte, wie sich der Wille allmählich auflöste und ersetzt werde durch furchtbare elektrische Willensströme, die er nicht mehr regieren könne. Diese Klagen kommen mit geringen Variationen immer wieder. Sehr bemerkenswert ist, daß er gegen das Ende der Depersonalisationsphase angibt, er sei seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden. Bei der Beurteilung der Willensstörungen wird man sich vor Augen halten müssen, daß auch zum Sprechen und zu den Verrichtungen des täglichen Lebens Willensanspannung erforderlich ist. Ich konstatierte ferner, daß beim Sprechen der Tonfall außerordentlich energisch erschien. Also auch hier wird man an den Äußerungen des Kranken Kritik üben müssen. Unberührt von dieser bleibt zunächst nur die Klage der Veränderung der Persönlichkeit. Ich halte in der Tat für richtig, daß M. während der Krise auf das Schwerste in seiner Gesamtpersönlichkeit verändert war. Die weitere theoretische Deutung dieser Veränderung wird im folgenden gegeben werden.

6. Die Erinnerung an die Krise. Sie ist auffallend dürftig. Der Patient hat für sie nur die Ausdrücke, es sei komisch gewesen. Er gibt an, sich den Gefühlszustand nicht zurückrufen zu können. An tatsächliche Ereignisse, die während der Krise vorgefallen sind, erinnert er sich jedoch gut. Er erkennt auch die Äußerungen wieder, die er auf der Höhe der Erkrankung getan hat. Es ist nicht auszuschließen, daß diese Dürftigkeit der Angaben mit dadurch bedingt ist, daß auch nach der Krise noch eine psychische Affektion vorhanden war. Es schließt sich hier die Frage an, ob nicht gewisse Elemente der Depersonalisationskrise auf den Grundprozeß (den wir noch näher charakterisieren werden) zurückzuführen sind. Ich glaube jedoch nicht, daß wir das Recht haben, die Theorien des Kranken über elektrische Ströme in seinem Körper ohne weiteres als Wahnideen zu bezeichnen. Es könnte immerhin nur ein, wenn auch nicht glücklicher Versuch sein, eigenartige psychische Begebenheiten zu beschreiben.

Kürzer können wir uns bezüglich der der Depersonalisation folgenden Periode fassen. Der Patient liest eigenartige Beziehungen zu sich selbst aus Büchern heraus und durch seine Äußerungen leuchtet der Glaube einer besonderen persönlichen Berufung seiner und seiner Familie durch. Die Diagnose einer Schizophrenie unterliegt wohl keinem Zweifel.

Wir kommen zu der Frage, ob wir psychogene Momente für die Entstehung der Krankheit oder des Zustandsbildes mit heranziehen können. Hier ist nur zu erwähnen, daß die Inzestphantasien, die der Kranke zugab, im Sinne Freudscher Mechanismen gedeutet werden könnten. Wieweit diese Annahme Berechtigung hat, sei erst im späteren eingehender erörtert.

Fall 2. Johanna H., geboren 1881, zum ersten Male aufgenommen am 24. VII. 1908, Tochter eines Arztes. Es wurden folgende Angaben gemacht: Sie stammt aus gesunder Familie, nur die Mutter und die Schwester der Mutter gelten als etwas nervös. Sie ist das einzige Kind. Sie hat sich normal entwickelt. Mit 14 Jahren zum ersten Mal menstruiert, die Periode zunächst regelmäßig, dann unregelmäßig. Sie zeigte gute Intelligenz. Im Charakter war sie nicht egoistisch, hatte stets wenig Initiative und auch keine Freude an der Arbeit. Sie hatte keine besonderen Interessen, begann vieles, ohne es richtig fortzusetzen. Sie liebte die Einsamkeit. Mit 24 Jahren verheiratete sie sich (2 Jahre vor der Aufnahme). Zwei Monate nach der Verheiratung hat sie eine Fehlgeburt durchgemacht. Die gegenwärtige Erkrankung begann etwa 3 Monate nach einer (normalen) Geburt. Die Patientin war bereits längere Zeit zu Hause behandelt worden, war auch in einem Sanatorium. Wiederholt traten kürzere Remissionen auf. Sie wird der Klinik mit der Angabe zugeführt, sie habe Suicidideen geäußert. Die körperliche Untersuchung ergab einen vollkommen negativen Befund. Insbesondere waren die sensorischen und sensibeln Funktionen ungestört. Die Patientin gab an, ihre Mutter sei sehr nervös, sie sei früher blutarm, aber sonst gesund gewesen. Am 12. XI. hätte sie eine Geburt durchgemacht, die bis auf eine künstliche Entfernung der Nachgeburt glatt verlaufen sei. Das Kind lebe. Sie habe es nicht selbst gestillt. Im Wochenbett habe sie in der Haut des ganzen Körpers Schmerzen verspürt, im Februar Influenza. Da sei dann ein „fürchterlicher Umschlag" gekommen. Zunächst habe sie versucht, das Drückende zu überwältigen, jetzt wache sie jeden Morgen mit dem Gedanken auf: „Ach, wie traurig." „Ich dachte das nicht selbst, es kam." Seither fühle sie sich gedrückt. Sie glaubt nie wieder gesund werden zu können. Sie könne sich nicht zurecht finden. Alles ist seither bei ihr ganz anders, was es ist, weiß sie nicht, sie könne sich nicht zurecht finden und Zurückliegendes nicht übersehen. Ihr Selbstgefühl sei verändert. „Das ist eben die Krankheit." Sie könne die Größe ihres Unglücks nicht recht bemerken, sie sei auch früher an großen Ereignissen immer achtlos vorbeigegangen. Sie weiß, daß sie aus ihrem Leiden nicht herauskommen kann. Sie klagt über Schmerzen in der Brust und in allen Gliedern. Sie sei vollständig benommen, habe kein Interesse, sei gleichgültig. Wenn ihr Mann fortging, habe sie ihm früher stets nachgeweint, das möchte sie wieder haben.

In den folgenden Wochen ist sie dauernd mißgestimmt (mit geringen Tagesschwankungen), grübelt ständig über ihren Zustand, hält ihn für aussichtslos, weil er in ihrem Charakter begründet sei. Es sei gleichgültig, ob ihr Zustand besser sei oder nicht, denn sie werde eine Besserung nicht merken können. Es war auffallend, daß ihre Reflexionen etwas Selbstgefälliges an sich hatten. Bei einem Besuch ihrer Angehörigen zeigte sie keinerlei Interesse für häusliche Verhältnisse, fragt nicht nach Mann und Kind.

Am 4. X. ist sie morgens leicht euphorisch, abends ist sie jedoch wieder weinerlich.

Am 6. X. freut sie sich über den Besuch ihres Mannes, mit dem sie eine Ausfahrt unternimmt. Am 8. X. ist die Stimmung wieder etwas gedrückter, macht sich Vorwürfe, ihren Angehörigen ihre Liebe und Aufmerksamkeit nicht entgelten zu können. In der folgenden Zeit schlägt die depressive Stimmung häufig in Euphorie um, sie bringt die erstere mit Kopfdruck in Zusammenhang. Schließlich ist die heitere Stimmung fast dauernd, sie ist zu Scherzen aufgelegt. Lächelt verlegen, als ihr die früheren Äußerungen vorgelegt werden. Bis Anfang November 1908 treten noch leichte Schwankungen auf, sie wird schließlich nach Hause entlassen.

Kurz nach ihrer Entlassung stellt sie sich dem behandelnden Arzte nochmals vor, sie bietet ein ausgesprochen hypomanisches Zustandsbild und erscheint auffallend heiter.

1909 ein zweiter Partus. Es kamen Gedanken, die sie niederschreiben mußte, sie schrieb alles auf, was sie Schönes gesehen hatte. Hat ganze Kartons voll Zetteln, die sie damals geschrieben hat. Sie war heiter gestimmt, jedenfalls ein bißchen aufgeregt, nahm körperlich zu, hatte glänzende Augen, kümmerte sich um ihre Wirtschaft. Nach $1-1^1/_2$ Jahren magerte sie wieder ab (in der III. Gravidität). Hatte einen eigenartigen Geschmack

im Munde und konnte nicht essen. Geburt am 10. VIII. 12. Hatte Mastitis. Nach dem Partus ist sie wieder gebessert. Im Herbst 1912 in Meran. Dort trat Schwächegefühl in der Herzgegend auf, sie fing wieder an zu grübeln, machte sich Vorwürfe, nicht für ihre Kinder gesorgt zu haben. Es habe ihr stets manches in ihrem Gefühlsleben gefehlt; sie kam, da der Zustand sich nicht besserte, am 8. XII. in die hiesige Klinik.

Sie klagt über Sensationen und über das Gefühl, der Augapfel sei verändert und die Pupille sei kleiner, gleichzeitig ist es ihr, als ob sich alles drehte. Sei dadurch geschädigt worden, daß ein Arzt ihr zu viel Pulver gegeben habe. Sie klagt sich an seit jeher egoistisch gewesen zu sein.

18. II. Mein Brom wirke „erleuchtend" auf sie, ihre Pflegerin sei ihr als Todesengel erschienen.

16. I. 13. Wechselnde Stimmung, keine eigentliche Depression. Fürchtet hypnotisiert zu sein, fürchtet, ihr Mann sei gestorben. Dieser sei herzkrank, er leide an Herzerweiterung.

22. I. Glaubt, daß ihr Mann nicht mehr lebt.

In der Folgezeit wird die Wahnvorstellung korrigiert, sie ist deprimiert, äußert Suicidideen und es tritt allmählich das Zustandsbild ein, das im folgenden beschrieben wird.

14. III. Sie ist vollkommen klar, ruhig und geordnet. Der Tonfall der Stimme ist indifferent, apathisch, müde. Die gleiche Stimmung drückt sich in der Haltung und Mimik aus. Doch wird sie im Verlauf des Gespräches eifriger, begleitet das Gesprochene mit adäquater Gestik und Mimik. Ihr jetziger Zustand sei ein ganz anderer, als der frühere. Damals hätte sie im Spiegel gesehen, wie etwas über sie kam und das sei ihr dann zehn Monate hinten nach gegangen. „Aber es war ganz anders. Ich sagte immer, ich werde nicht wieder gesund. Damals lag es nicht im Kopf und jetzt liegt es im Kopf." Sie fühlt sich verändert gegenüber der Zwischenzeit, in der sie gesund war. „Ich weiß, daß kein Mensch mich versteht." Es bliebe ihr nur die Wahl zwischen lebenslänglicher Anstalt und Selbstmord. Das Denken sei schlechter geworden. Sie rechnet aber auf Aufforderung vollkommen prompt. Sie klagt auch: „Wenn man mir etwas erzählt, so kann ich es mir nicht zusammenreimen." „Ich kann es nicht so vergegenwärtigen." Als ihr hierauf ein Zeitungsartikel vorgelesen wird, kann sie ihn nur zum Teil wiedergeben. Sie könne es sich nicht zusammenreimen, trotzdem sie den Wunsch dazu habe. Die Auffassung lasse nach. „Ich weiß zum Beispiel, ich sehe, daß ich gehe und fühle, daß ich nicht gehe." „Dann höre ich Stimmen und Geräusche hier hinter dem Ohr und dann kann ich auf die dümmste Sache wieder aufmerksam hinhorchen. Bisweilen wisse sie nicht, wo sie sei. „Ich bin bloß betäubt. Ich sage auch mit der größten Ruhe, daß ich lebenslänglich krank bin, aber das rührt mich nicht." „Ich kann auch über die gleichgültigste Sache sprechen, wiewohl ich weiß, daß ich verloren bin." Während sie dies erzählt, wird die Miene depressiv, die Augen füllen sich mit Tränen. „Auch kann ich lachen und gleichgültige Sachen sprechen mit dem Bewußtsein, daß ich verloren bin. Manchmal möchte ich lachen, aber hier ist alles Stein. Wenn ich lachen will, so kann ich es entweder nicht oder es kommt ein ganz idiotenhaftes Gesicht hervor."

(Sind Sie freudig, wenn Sie lachen, traurig, wenn Sie weinen?)

„Nein, wie kann man freudig sein, wenn man weiß, daß man verloren ist."

Sie sei aber auch nicht traurig. Sie empfinde jetzt mit besonderer Tiefe, wie gut es sein müsse, wenn man gesund ist. Sie sei jetzt in Wesen und Manieren verändert. Früher sei sie zu ihrer Umgebung freundlicher gewesen. Sie mache sich jetzt auch nichts daraus, wenn sie schlechte Manieren zeige, sich z. B. mit dem Tischtuche die Nase abzuwischen. Sie könnte jetzt auch keinen Haushalt bewältigen, weil sie nicht denken kann. „Die Ärzte wissen nicht, was mir fehlt. Ich bin nicht deprimiert."

Das Essen schmecke ihr nicht so wie früher, es sei ihr gleich, sie könne acht Tage ohne Essen bleiben. Es liege alles am Kopf, sie werde gesund werden, wenn es gelänge, ihr einen anderen aufzusetzen. Sie gibt zu, den Geschmack zu bemerken, sie weiß aber nicht, ob es gut oder schlecht ist. Durst empfindet sie. „Ich lebe auch so, daß ich gar nicht aufpasse, ob es draußen warm oder kalt ist. Ich gucke auch nie nach dem Wetter." Sie gibt an, Berührungen zu spüren. Rechts sei die Empfindung deutlicher. Die ganze linke Seite sei verändert. Der linke Fuß und der linke Arm seien schwächer. Am linken Arm bestünden eigenartige ringförmig angeordnete Sensationen. Das Herz ziehe sich sehr oft zusammen. Eine sofort angestellte Sensibilitätsprüfung ergibt, daß spitz und stumpf im Gesamtbereich des Körpers prompt unterschieden werden.

Plötzlich beginn sie bei einem nichtigen Anlaß heftig zu lachen. Sie macht den Eindruck einer maßlos vergnügten Person. Das Lachen geht unmittelbar in Weinen über. „Es ist keine gute Laune, es ist nicht natürlich." Der Wechsel zwischen Lachen und Weinen besteht einige Zeit fort.

Sie sehe im wesentlichen noch so gut wie früher, die Farben nehme sie wahr, aber sie könne sich für die Farben, die ihr früher gefallen hatten, nicht mehr so begeistern. Das Hören sei gut, Musik habe schon früher nicht auf sie gewirkt. „Auf mich wirkt bewußt überhaupt nichts. Jetzt weiß ich auch nicht, warum ich gelacht und geweint habe."

„Ich weiß überhaupt nicht, wie man sich müde fühlt." „Man sagt immer, ich sei deprimiert, ich empfinde jetzt alles viel tiefer, wie früher." Ihre Krankheit sei eigentümlich. Sie finde sich manchmal in ihrer Umgebung nicht zurecht. „Ich weiß nicht, daß ich im Zimmer bin." Sie klagt auch über Visionen. Nachdem ihr Referent vorgestellt war, sah sie ihn vor sich, einen Brief mit blauem Kouvert haltend und dieses aufreißend. Sie wußte, daß es eine Täuschung war. Das Bild war nicht so, daß man es hätte mit der Hand fassen können. Dergleichen käme ihr oft vor. „Es läßt mich kalt, aber ich muß mir alles im Geiste vorstellen, wie es hätte sein können, wenn ich gesund wäre. Auch wenn die Angehörigen kommen und mir etwas erzählen, so muß ich mir alles im Geist vorstellen und bespreche alles mit mir selbst. Ich will keine Angehörigen sehen." Die kleine Erzählung, die ihr vorgelesen wurde, sei sofort ihrem Gesichtskreise entschwunden. „Wenn ich sage, ich wollte mich töten, denkt man, das quälte mich, es ist aber gar nicht wahr." Sie könne sich nicht so geben, wie es ihr innerlich sei. Sie könne lachen mit dem Gedanken, daß sie sich umbringen werde. Sie erörtert eingehend, welches denn ihre Krankheit sei. Einfache Nervenschwäche wäre es nicht. Von der Hoffnungslosigkeit ihres Zustandes ist sie überzeugt.

Sie gibt noch eine detaillierte Schilderung von einer Autofahrt, die sie am Vortage gemacht hat.

Ein Assoziationsversuch ergibt prompte und normale Resultate.

15. III. Meint sie könne ihre Wirtschaft doch zu Hause führen, aber nur von hier aus dirigierend, wenn niemand dabei sei.

Abends ist sie in ausgelassener Weise heiter und vergnügt. Singt, pfeift, tanzt. Meint aber diese Lustigkeit sei nicht natürlich. Sie war mit ihren Verwandten im Auto ausgewesen.

24. IV. bis 30. IV. Starke Stimmungsschwankungen. Häufig leicht euphorisch. Dann wieder: Sie habe ihren Leichenzug fahren sehen.

Bei einer eingehenderen Untersuchung im gesellschaftlichen Benehmen vollkommen korrekt. Sie macht nur einen etwas müden und schlaffen Eindruck. Die Mimik ist heiter, sie lacht viel in etwas übertriebener Art. Sie meint, ihre Lustigkeit sei unnatürlich, kein Mensch verstünde ihre Krankheit. „Ich denke manchmal daran, was denn da nur mag mit dem Gehirn und den Nerven passiert sein." (Lachen.) „Ich weiß, daß ich irgendwo im Wasser oder Feuer enden werde, auch das geht mich sehr wenig an." Meint, sie habe mit ihrer Mutter gezankt. „Ich habe sie ausgezankt, weil sie mich in die Welt gesetzt hat." Zunächst Lachen, dann plötzlich Ausdruck der Trauer. „Ich empfinde jetzt mehr, wie gut ich es haben könnte und wie ich alles verloren habe." Beteuert, daß das nicht etwa Wahnideen seien. Sie hat Neigung, spontan zu erzählen und ein ausgesprochenes Mitteilungsbedürfnis. Wiederholt, die Krankheit sei jetzt anders als das letzte Mal. „Ich bin überhaupt ein verkehrter Mensch, es ist schon immer so gewesen." Als sie gefragt wird, ob ihr die Erinnerung an ihre Hochzeit Freude bereite, lacht sie bitter: „Jetzt? Ich weiß nicht mal, was Freude ist. Ich muß überhaupt seit Kindheit krank gewesen sein, ich habe alles so hingenommen, ich habe für nichts wirkliches Interesse gehabt." Aus dem Theater habe sie niemals tiefere Eindrücke mitgenommen. Mit Romanen habe sie nicht mitleben können. Sie erzählt etwas langsam, pointiert zeitweise sehr scharf, wählt die Ausdrücke.

17. V. Macht den Eindruck einer Person, die gute Laune hat. Als sie aufgefordert wird (zwecks experimenteller Untersuchung), sich ein freudiges Ereignis vorzustellen, sagt sie: „Ich fühle ja doch überhaupt nichts." (Lacht dabei.)

18. V. Gibt eine bis ins Detail zutreffende Schilderung der Untersuchungen vom Vortag. Meint noch dazu, für mich kann nichts lustig sein. „Ich merke selbst, daß es keine direkte Trauer oder Freude ist, ich kann das nicht so von mir geben, die letzte Zeit lache ich und sage, wenn eine Frau die feste Absicht hat, sich umzubringen, so ist Lachen doch ganz unnatürlich. Ich will nicht sagen, daß mich diese Idee belästigt. Ich kann auch über

andere Sachen sprechen." Sie wählt ihre Worte außerordentlich sorgfältig, sie scheint bestrebt, ein genaues Bild ihres Zustandes zu entwerfen. Ihr Erinnerungsvermögen sei vollkommen intakt. Die gestrige Situation könne sie sich auch bildmäßig genau vorstellen. „Manchmal kommt mir sogar vor, daß sie (die Erinnerungsbilder) deutlicher sind." Die Wahnideen ihrer Mitpatientinnen erkenne sie als solche. „Ich kann lachend sagen, ich denke nicht an die Zukunft, das ist doch nicht normal." Ihre Phantasietätigkeit hätte gelitten. Spontan: „Ich bin wie ein Automat." Hält nach wie vor ihren Zustand für einen einzigartigen besonderen. Sei fest entschlossen, sich das Leben zu nehmen, um nicht lebenslang in einer Anstalt zu sitzen. Manche würden ja von den Irrenärzten vorzeitig entlassen. Die übrigen Menschen halte sie für glücklich. Die hätten ihre Behaglichkeit, ihre Bequemlichkeit . . . . könne es nicht recht sagen. Leid und Freud der anderen berührten sie nicht, es sei ihr auch gleichgültig, daß ihr Mann hunderttausend Mark verloren hätte. Der Todesfall ihres Vaters (das war vor ihrer neuerlichen Erkrankung) hat nicht nachhaltig auf sie gewirkt, nach vier bis fünf Tagen habe sie es vergessen. Die übrigen Menschen kämen ihr jetzt glücklich vor. Vor einigen Jahren habe sie geglaubt, sie würde den Verstand verlieren und hatte Angst davor. „Trotzdem mich momentan nichts quält . . . . ich kann nicht sagen, wie das ist."

30. V. Ist zeitweise leicht euphorisch, lacht, interessiert sich für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Dann wieder verstimmt. Nimmt eine Glühbirne mit sich ins Bett. Droht mit Suicid.

2. VI. Erzählt, es sei ihr vollkommen klar, daß ihr Zustand hoffnungslos sei.

10. VI. Dauernd in guter Stimmung, erzählt von häuslichen Verhältnissen.

15. VI. Sie könne keine einzelnen Gedanken fassen, es wäre ein wirres Durcheinander. Die Idee des Suicids sei kein Zwangsgedanke, sondern sei logisch begründet. Wie ein Vorsatz, zu verreisen, manchmal nicht gedacht würde, aber doch bestehe, so sei es mit diesem Gedanken. In der ersten Krankheit hätte sie noch Hoffnung gehabt, gesund zu werden. Jetzt beschäftigte sie sich trotz der Schwere ihres Zustandes nur mit den anderen. Das sei doch unnatürlich.

17. VI. Äußert, sie hätte bei einer Automobilfahrt volle Freude empfunden.

3. VII. „Ich behaupte immer, es ist irgendein unvermuteter Grund vorhanden, den hier die Ärzte nicht kennen." „Alles, was gefragt wird, paßt eigentlich nicht auf mich. Unruhig-ruhig, davon ist bei mir überhaupt keine Rede. Bisweilen änderte sich ihr Sehen. Das liege jedoch an der Auffassung. „Das hatte ich bisweilen schon im gesunden Zustand . . . . ich sah, wie das Mädchen den Tisch deckte . . . . da ging etwas vor an den Augen und ich sah alle Vorgänge deutlicher." In gesunden Tagen habe sie sich manchmal gesagt: „Ach du bist ja verheiratet und hast Kinder." Oder: „Ach du bist ja in einer Welt und da sind Leute." Bei der Automobilfahrt von neulich sei es nicht die richtige Freude gewesen. „Meine Krankheit beruht nicht auf Freude oder Traurigkeit." Sie erinnere sich gut an frühere Ereignisse, habe ein gutes Personengedächtnis." Ich kann aber vergessen, was gestern war." Als ihr die Instrumente gezeigt, welche beim psychogalvanischen Versuch benutzt wurden, erkennt sie sie sofort wieder. Meint, es sei nur deshalb, weil vor kurzem davon gesprochen worden sei.

Kein Déjà vu. Im Gegenteil, das Bekannte ist ihr fremd. „Mein eigener Mann ist mir fremd." Trotzdem sie das Gegenteil weiß. Ihre Kleider kommen ihr nicht fremd vor. „Ich sehe doch, daß sie dieselben sind." Ungefähre Zeitschätzung sei jetzt möglich. Als es ihr besonders schlecht ging, habe sie nicht nach der Zeit gefragt.

„Mein Verstand ist sehr klar, ich selbst finde mich aber in mir nicht zurecht. Ich wüßte nicht, wie das sein würde, wenn ich wieder gesund bin. Ich merke, daß ich nicht richtig bin . . . . gestern war ich sehr mit meiner Krankheit beschäftigt und es kamen mir die Tränen in die Augen. Zugleich konnte ich auch meine Hand zum Scherz schlagen und mich in dem Spiegel sehen. Das ist doch nicht richtig." Sie fühlt sich gegen früher doch sehr verändert. „Von Stimmung ist keine Rede." In angenehme Situationen könne sie sich in der Erinnerung nicht versetzen. Auch in früheren Zeiten war es ihr unmöglich, sich zu zerstreuen, wenn sie etwas hatte. Sie fühlt sich zu Hause, wie nicht dazu gehörig, auch wenn sie ihre Kinder sieht. Eine richtige Freude habe sie nie durchgemacht, sie sei eine kalte Natur. Die Nacht vor ihrer Hochzeit habe sie gegen ihre Erwartung ruhig geschlafen, ohne innere Bewegung sei sie aus dem Elternhaus gegangen. Wenn sie früher einmal gesagt hätte, sie könne erst jetzt empfinden, wie gut sie es früher gehabt hätte, so

sei das offenbar weniger Vorstellung als Verstand gewesen. „Ich frage viel, um zu fragen, nicht damit mir jemand Antwort gibt. Ich sehe hin, um zu sehen, aber nicht wegen des Gegenstandes." Ich sprach mit einer Pflegerin von der Sängerin U. und dahinter hats mich gezupft. „Ich spreche automatisch, aber ich denke nichts anderes dabei." Sie wisse nicht, ob sie Mitgefühl empfinden könne. Sie ärgere sich besonders über diejenigen, die ihr sagen, daß sie gesund wird, sie habe sich gefreut über eine Pflegerin, die sagte, es würde nichts aus ihr. Würde ihr Mann vor ihr hundert Frauen abküssen, sie würde keine Eifersucht empfinden können.

Sie äußert eine große Anzahl hypochondrisch gefärbter Klagen: Die Krankheit stecke in den Augen und in der Stirne, es sei wie ein Zusammendrücken. In den Schläfen habe sie Kopfschmerzen. Die Verdauung habe sich geändert. Am Herzen habe sie ein Schwächegefühl. Auf der einen Seite spüre sie bisweilen Brennen.

Ihr Verhalten ist ähnlich wie bei den vorangehenden Untersuchungen. Zunächst etwas matt, blasiert, folgt späterhin der Unterhaltung mit regem Interesse, hat offenbar Freude am Sprechen, wählt sorgsam die Ausdrücke. Zum Teil kleine Spitzen im Ton gesellschaftlicher Plauderei. So bezieht sich die Äußerung, sie ärgere sich über diejenigen, welche ihr ankündeten, sie würde gesund, darauf, daß ihr der Arzt kurz vorher eine entsprechende Versicherung gegeben hatte. Oder sie sagt: „Meine Krankheit muß doch eine Ursache haben. Warum sind sie denn nicht verändert, sondern ich."

14. VII. Schreibt auf Aufforderung einen Bericht über ihre Krankheit (s. i. f.).

1. VIII. Ähnliches Verhalten, wie bei früheren Unterredungen. Eine Änderung ist nicht eingetreten. „Es ist nur ein fortwährender Wechsel der Krankheit in sich selbst." „Ich bin ganz verändert." In den Zwischenräumen zwischen der ersten und zweiten Erkrankung tauchten schon immer, wenn auch rasch vorübergehend, solche Gedanken auf: „Es wird eine Zeit kommen, wo du dauernd kopfverdreht sein wirst." „Mein ganzes Tun und Treiben ist nicht richtig." Es sei alles durcheinander.

Schon als 10jähriges Kind habe sie bisweilen nicht atmen können. Sie habe auch nie richtig geweint. Glockenläuten habe sie stets eigentümlich gestimmt.

Die erste Erkrankung begann plötzlich, es war etwas hinter ihr.

Auch die zweite stellte sich plötzlich ein, sie ging gesund von zu Hause fort und kam krank zurück. Sie konnte nicht weiter wegen des Herzens. Die folgende Nacht war schlecht. Sie fühlte immer nach dem Puls. Dann trat der jetzige Zustand ein. Sie hat niemals Überlegungen gehabt, alles war eingelernt.

Gefühl und alles, was daraus fließt, habe ihr immer gefehlt.

Sie ist überzeugt nicht wieder gesund zu werden.

Am 5. VIII. kommt sie in das Sanatorium Dr. Wardas (dem ich für die Überlassung der Krankengeschichte zu Dank verpflichtet bin). Daselbst trat am 2. IX. ein Lach-Schreianfall auf, der sich dann noch mehrfach wiederholte. Am 4. IX. wurde eine Aphonie von eintägiger Dauer beobachtet. Am 21. X. hat sie einen Schreianfall, nach dem sie überall Blut sieht, sie sieht auch eine Frau mit Heiligenschein und einem Kind. Zeitweise exaltiert, lacht, spricht von Selbstironie. Am 31. X. ist sie erregter. Behauptet den Arzt nicht zu kennen. Anfangs Januar 1914 ist aber der Zustand etwa der gleiche wie zur Zeit der Entlassung aus der Klinik.

Bericht über ihre Krankheit.

Vor allen Dingen will ich betonen, daß mir von Natur aus das Gefühl der Liebe, zu wem es auch sei, zu Angehörigen, nicht mit auf die Welt gegeben worden ist. Ich wußte immer bloß, daß ich zu den Meinigen gehöre. Sogar die vielgepriesene Mutterliebe ging mir ab — Kinder waren bei mir nur ein Spielzeug —, aber nicht, weil ich so schlecht war, sondern, weil mir es eben nicht gegeben war, zu ermessen und zu fassen, was ein Kind heißt. Ich hörte bloß immer von anderen: „das Kind, das Kind," ich selbst hatte kein Verständnis dafür. Mir konnten Menschen höchstens sympathisch sein, aber deswegen suchte ich die auch nicht öfters auf, als die anderen. Außerdem habe ich nie das Gefühl der Sorge gehabt, nicht weil ich Optimistin war, oder keine Sorgen hatte, sondern weil ich auch kein Verständnis dafür hatte, nie an die Zukunft sorgend dachte, nie, wenn etwas war, mir das Leben schwer machte, weil ich nicht erfassen konnte, was entstehen kann, und nicht wie die Optimisten es machen — immer das Beste annahm. Ich dachte überhaupt nicht so und nicht anders und — wenn ich mal sagte, es könne so oder so werden,

so waren es mehr Worte, die ich von anderen hörte, oder mit dem Verstand erfaßte Worte, als — daß ich mich hereinversetzte mit wirklichem Gefühl. Vor 4 Jahren wurde ich krank — es kam ein unbestimmtes Etwas, als ich vor dem Spiegel stand, auf mich herunter, und ging mir an der rechten Seite zehn Monate lang nach. Trotzdem mich das Gefühl die ganzen zehn Monate nicht einen Augenblick verließ, merkte ich instinktiv, daß ich wieder gesund werde, machte Pläne für die Zukunft etc., gab Herrn Doktor Antworten, so wie es mir innerlich diktierte, andererseits aber behauptete ich wieder, ich werde nicht gesund, aber ich wußte nicht während der Krankheit, daß ich schon merke, daß ich wieder krank werde. Eine innere Stimme hat mir, für mich selbst unbewußt, eingegeben: „Das ist ein Anfang gewesen — du wirst auch noch mal krank werden." Und wie ich gesund wurde, dachte ich: „Du bist ja gesund geworden, und hast immer behauptet, du wirst es nicht." Aber, wie ich jetzt sehe, habe ich, ohne es zu merken, das Richtige gesehen. Betonen muß ich, daß mich während der Krankheit dieser Gedanke gar nicht bedrückt hat — es waren nur Worte, aber gequält hat mich die Krankheit selbst. Noch schärfer muß ich betonen, daß ich in jener Krankheit so richtig war und mich auch nach außen hin gab, wie ich war etc. Dann wurde ich von dem, was mir nachging, befreit. (Ich verlangte während der Krankheit gar nicht nach Hause, weil ich merkte, daß eine Zeit kommen wird, wo ich schon geholt werde und, daß der Aufenthalt in der Klinik für mich gut ist.) Ein Jahr nach meiner Genesung wurde ich sehr stark (18 Pfund zugenommen), nach einer Entbindung. — Vor — während — nach der Entbindung fiel es mir nie ein, du könntest wieder krank werden, wo doch sicher ein anderer an meiner Stelle sich Gedanken gemacht hätte. Also bin von Natur nie Hypochonder gewesen, im Gegenteil, bin immer wochenlang mit Halsschmerzen herumgelaufen etc., wo andere alles mögliche getan haben, hatte ich gar keine Geduld dazu. $1^1/_2$ Jahr nach der ersten Krankheit kamen Gedanken, was sich so in meiner Umgebung abspielte etc., das mußte ich niederschreiben, das waren so Vorgänge in meiner Umgebung — in Gesellschaften, in Unterhaltungen etc., ich konnte sein, was ich wollte, das habe ich gedacht und gab mir sogar selbst Mühe alles zu behalten und wenn es sogar im Theater war, dann habe ich, zu Hause angekommen, alles aufgeschrieben. Mich hat das aber durchaus nicht unangenehm berührt, im Gegenteil, ich habe mir die Vorstellungen noch selbst mit eingeprägt. Wenn ich in die Stadt besorgen ging, so nahm ich sogar Papier und Bleistift mit, da es immer viel einzuschreiben gab, ja nichts zu vergessen. Trotzdem ich immer mit Mann und Kinder zusammen war, fiel es mir plötzlich manchmal ein: „Ach du bist ja verheiratet, hast zwei Kinder etc.", oder: „Du lebst ja auf einer Welt, auf der sind Menschen usw." Ich hatte auch eine Natur, die sich über nichts aufregte und manchmal wurde mir gesagt: „Ihre Ruhe möchte ich haben." Manchmal wurde mir gesagt, ich hätte es doch so gut auf der Welt, das merke ich selbst gar nicht. Aber ich schätzte mich nie unglücklich, eben immer gleichmäßig. Ich habe nie viel Ansprüche gemacht, war nie begierig, was zu sehen, zu verreisen usw. Wenn ich verreist war, hatte ich nie Sehnsucht nach Hause, überall war's recht und, wenn ich zu Hause war, war's mir auch wieder recht. Bloß ein einziges Mal — $^1/_4$ Jahr vor meiner jetzigen Erkrankung, als ich von der Reise kam, fand ich meine Wohnung so schön, wie noch nie, auch auf der Reise habe ich Handarbeiten gemacht, was ich nie in meinem ganzen Leben getan habe, hatte mir überhaupt vorgenommen anders zu leben, also so zu leben, wie andere Menschen, ich muß doch innerlich unbewußt gemerkt haben, daß ich anders war wie andere Menschen, wenn vielleicht auch nicht das, aber in mir selbst ist es aufgedämmert, du mußt ein bißchen Geselligkeit suchen (was ich immer früher nicht wollte, wenn mein Mann es wollte) und so verschiedenes, was ich früher nicht machte und wollte, war mir zur Richtigkeit aufgedämmert. Ungefähr ein Jahr vor meiner Erkrankung floh mich der Nachmittagsschlaf, nachts schlief ich sehr gut, dann kamen Gedanken: „Du wirst mal dauernd kopfverdreht sein, du kommst noch mal nach Dösen, genieße deine paar Jahre, legst dich heute Abend zufrieden nieder, wirst morgen zufrieden erwachen, wenn ich mich sprechen hörte: „da ist deine Stimme vorläufig noch eine glückliche Stimme usw." Das waren aber nicht dauernde Gedanken — die kamen und in der Minute gingen sie wieder immer nur ein einziges Mal, ich habe auch nicht darüber nachgedacht, weil ich, wie gesagt, nicht das Gefühl, sich zu sorgen habe. Diese Gedanken kamen mir so, wie ich z. B. nachts was träumte und am Tage traf's ein, so waren diese Gedanken Vorboten der Krankheit, aber nicht Schwarzseherei, sondern Richtigkeit. Ich hatte immer angenommen, daß zum Kopfverdrehtsein bei mir eine Ursache sein muß und da dachte ich immer an ein eigenes Herzleiden (kein anderes Leiden, weil man daran plötzlich sterben kann, — auf Unglücksfälle hatte ich gesagt,

ach, die geschehen nicht). Wie ich jetzt sehe, hatte ich bloß Ursachen erfunden und die Wirklichkeit ist auch ohne Ursache gekommen, ich verspürte aber die Anlage dazu, was mir eben durch Gedanken diktiert wurde, die ich schon vorher angab. Hier wird als Ursache der Tod meines Vaters angenommen, aber das ist falsch, denn schon vor seinem Tode habe ich 31 Pfd. abgenommen und in vier bis fünf Tagen seinen Tod vergessen. Und darum fing die jetzige Krankheit so an: „Mein Herz, ich kann nicht weitergehen, mein Mann ist krank," (weil der Arzt ihm tatsächlich gesagt hatte, er hätte ein Nikotinherz und es könnte zur Arterienverkalkung führen), „und mein Mann und Mutter sind gestorben." Und als die Beiden kamen, da dachte ich, ach das waren ja nur Worte, in Wahrheit tröstet es dich nicht, daß sie leben, deine Krankheit ist wo anders, dann kam's: „Ich sterbe." Also ich habe gemerkt, daß das Leben vorbei ist für immer, und mit dieser Krankheit für mich eine neue Epoche beginnt. Wie es mir jetzt ist, kann ich unmöglich erklären und sagen, jedenfalls ist es nicht Hoffnungslosigkeit, wie bei allen Kranken, die mich zu meinen Aussagen treibt, sondern habe vom ersten Augenblick gesehen, daß nichts wird und seitdem hat sich auch nichts an meiner festen Überzeugung geändert. Trotzdem ich Herrn Doktor gesagt habe oder sage, es geht gut, denn ich weiß, ich sage nie der inneren Stimme gemäß, die hat noch nicht auf eine Viertelminute ja gesagt. Es ist so etwas überhaupt, daß, wenn die Krankheit heilbar gewesen wäre, könnte ich im Leben nicht wissen, daß ich gesund bin. So verdreht ist die Krankheit. Ich komme manchmal nicht zum Bewußtsein, währenddessen ist sie aber auch da, trotzdem man meinen sollte, was einem nicht zum Bewußtsein kommt, das fühlt und weiß er nicht. Aber es kam mir auch nicht zum Bewußtsein, daß ich verheiratet bin und trotzdem wußte ich es doch.

Mit Energie hat meine Krankheit nichts zu tun, ich weiß nicht, habe ich welche oder nicht, aber jedenfalls ist es so eine widernatürliche Krankheit, daß die Ärzte es nicht gelernt haben.

Die übrigen Teile der Selbstschilderung bieten kein allgemeineres Interesse.

Zusammenfassung:

Es handelt sich um eine offenbar psychopathisch veranlagte Persönlichkeit, welche zum ersten Mal im Anschluß an das Wochenbett unter depressiven Erscheinungen erkrankt. Im Vordergrund stehen Klagen über Veränderung des Selbstgefühls. Auch sind damals schon Klagen über Gefühlsabstumpfung vorhanden. Sie ist von der Gewißheit beherrscht, nicht wieder gesund zu werden. Die Besserung geht in der Weise vonstatten, daß sich zunächst kurze Zeiten heiterer Stimmung einschieben. Kurz nach der Entlassung bietet sie den Eindruck einer Hypomanie. Nach einer mehrjährigen Pause folgt eine neuerliche Attacke, die sie 1912 wieder in die Klinik führt. In allen wesentlichen Zügen ist sie eine Kopie der vorangehenden. Es bestehen Klagen über Veränderungen des Selbstbewußtseins, über Gefühlsabschwächung. Wieder gibt sie an, die Gewißheit zu haben, nicht gesund zu werden. Die Depression wird von Phasen heiterer Stimmung durchbrochen. Doch wird diese Heiterkeit als eine unnatürliche bezeichnet. Zurzeit dauert der Zustand mit geringen Schwankungen fort.

Epikrise:

Auch hier wollen wir zunächst versuchen, eine kurze Skizze des Zustandsbildes zu geben.

1. Veränderung der Wahrnehmung. Sie klagt nur wenig über Veränderungen der Wahrnehmungsfähigkeit. Sie ist sich im wesentlichen bewußt, daß die leichten Änderungen der Wahrnehmung auf eine Veränderung ihrer eigenen Persönlichkeit beruhen. Wenn man mit ihr spreche, höre sie es bisweilen abnorm laut. Auch ihr Sehen kommt ihr bisweilen deutlicher vor. Sie

beklagt sich darüber, daß das deutlich Wahrgenommene keinen Eindruck auf sie macht. Ähnliche Angaben macht sie über Geruchs- und Geschmacksreize. Ihren Körper fühlt sie verändert, wenn sie gehe, wisse sie, daß sie gehe und fühle, daß sie nicht gehe. Rechts spüre sie taktile Reize weniger deutlich. An die Fülle hypochondrischer Klagen sei erinnert. Der Charakter der Störungen im Verein mit den völlig negativen objektiven Befund läßt uns zu dem Schlusse kommen, daß auch hier Störungen der Empfindungen nicht vorhanden sind. Auch Störungen der Coenästhesie im engeren Sinne sind nicht anzunehmen.

2. Die Gefühle. Es ist eine der wesentlichsten Klagen der Patientin, daß nichts auf sie Eindruck mache. Sie fühle sich weder zur Freude, noch zur Trauer fähig. Diesen Gefühlsmangel beteuert sie immer wieder. Charakteristisch sind Äußerungen wie folgende: „Ich weiß, daß ich irgendwo im Wasser oder Feuer enden werde, aber das geht mich sehr wenig an." Es besteht zwischen diesen Äußerungen der Patientin und ihrer lebhaften beweglichen, durchaus adäquaten Mimik und Gestik ein durchgreifender Gegensatz. Auch hier ist man zu der Annahme gedrängt, daß ein wirklicher Gefühlsmangel nicht vorliegt. Sehr eigenartig und beachtenswert sind die Angaben der Patientin über diejenigen Zeiten, in denen sie lustig erscheint. Sie beteuert immer ihre Lustigkeit sei eine unrichtige, unnatürliche, und das Lachen sei kein echtes. Retrospektiv breitet sich für sie die Gefühlslosigkeit über ihr ganzes früheres Leben aus. Sie gibt an, immer eine oberflächliche Natur gewesen zu sein, der die Fähigkeit zu tieferem Fühlen stets gefehlt hätte. Es muß anerkannt werden, daß hier Angaben der Mutter zum Teil Bestätigung bringen. Doch erscheint die ganze Schilderung im Sinne der Krankheit übertrieben.

3. Vorstellungen und Erinnerungen. Hier sind zunächst Angaben darüber zu verzeichnen, daß die Intensität und Lebhaftigkeit der Vorstellungen zugenommen hätte. Es scheinen in der Tat derartige Steigerungen bei ihr vorhanden zu sein. Dafür sprechen die am 14. III. angegebenen Pseudohalluzinationen. Hingegen fühlt sie sich anscheinend mit Recht in ihrer freien Phantasietätigkeit behindert. Vorstellungsgefühle gibt sie bei einzelnen Unterredungen an. So, wenn sie angibt, sie könne jetzt erst fühlen (die Patientin sagt empfinden), wie gut sie es früher gehabt hätte. Bei einer späteren Unterredung gibt sie jedoch an, es sei kein Vorstellen, sondern nur ein Denken gewesen.

Die objektiven Prüfungen des Erinnerungsvermögens ergaben keine Störungen. Auch das Wiedererkennen von bekannten und unbekannten Gegenständen erwies sich als ungestört. Daß sie bei der Wiedergabe eines Zeitungsberichtes einmal versagte, beruht wohl darauf, daß innere Anteilnahme nicht vorhanden war. Sie selbst gibt Ähnliches am 3. VII. an.

4. Intellektuelle Funktionen. Elementare Störungen des Denkens ließen sich weder beim Gespräch noch beim Assoziationsversuch nachweisen. Allerdings klagt die Patientin darüber, sie könne sich vieles nicht zusammenreimen und finde sich in ihrer Umgebung nicht zurecht. Doch wurden objektiv Orientierungsstörungen nicht nachgewiesen. Richtig ist jedoch, daß die Denkrichtung eine krankhafte ist. Sie richtet sich so gut wie ausschließlich auf den eigenen körperlichen und seelischen Zustand. Dieses Durchsuchen des eigenen Innern und die stete Betonung der besonderen Eigenart ihrer Erkrankung drückt der ganzen Erkrankung einen schwer zu beschreibenden Schein des Unechten

und Gemachten auf. Auch hier hoffen wir durch die Analyse im folgenden Klärung bringen zu können. Eine besondere Rolle im Seelenleben der Kranken spielt die Bewußtheit, nicht wieder gesund zu werden. Es handelt sich hier um ein wichtiges selbständiges Krankheitssymptom. Es ist bemerkenswert, daß die Kranke angibt, die unmittelbare Evidenz dieser Bewußtheit zu erleben. Ähnlich scheint der Vorsatz, sich zu töten psychisch repräsentiert zu sein.

5. Wille und Persönlichkeit. Tendenz sich zu beschäftigen besteht auch bei dieser Patientin nicht. Sie ist absorbiert von der Selbstbeobachtung. Sie bezeichnet sich selbst als unfähig zu energischer Willensspannung. Ihr Sprechen bezeichnet sie als automatisch. Die Wendung, sie sei ein Automat, kommt überhaupt häufig wieder (sie ist ihr nicht in irgendeiner Weise suggeriert worden). In ihrer Gesamtpersönlichkeit fühlt sie sich außerordentlich verändert. Selbst in jenen Zeiten, wo sich ihr ganzes Leben als unbelebt und gefühllos darstellt, spricht sie noch von einer wesentlichen Veränderung durch die Erkrankung. Sie gibt an, sie finde sich nicht in sich selbst zurecht. Im wesentlichen steht im Vordergrund die Klage über Automatismus, während das Selbst nur verändert, nicht aufgelöst erscheint. Gleichwohl kann an einer Zuteilung des Falles zur Depersonalisation nicht gezweifelt werden.

Bezüglich der Klinik des Falles ist hervorzuheben, daß sich der Zustand bei einer psychopathischen Persönlichkeit entwickelt hat. Die beiden Attacken wiederholen sich beinahe mit photographischer Treue. In beiden Attacken ist der gelegentliche Wechsel zu auffallender Heiterkeit bemerkenswert. Allerdings wird wenigstens bei den jetzigem Zustand die Heiterkeit nicht als echte anerkannt. Trotzdem halte ich es nicht für berechtigt, den Fall dem manisch-depressiven Irresein zuzuzählen. Darüber wird im folgenden noch zu sprechen sein. Für eine Dementia praecox fehlen Anhaltspunkte. Ich halte den Fall für eine Psychasthenie im Sinne Janets. Einzelne Symptome lassen an Hysterie denken. Doch glaube ich, daß sie nicht hinreichen, um die Diagnose Hysterie zu ermöglichen.

Kurz vor Abschluß der Arbeit erfahre ich, daß Kraepelin bei der Patientin die Diagnose Dementia praecox gestellt hat. Ich glaube nicht, daß diese Diagnose zutreffend ist.

Fall 3. R. S., 29 Jahre (geb. 1884), Student der Medizin. Aus belasteter Familie. Die Großeltern väterlicherseits intakt, von den Eltern mütterlicherseits nichts näheres bekannt. Der Vater feinfühlig, etwas mehr nach der Gefühlsseite hin entwickelt, schriftstellerisch sehr befähigt, etwas wenig praktisch. Er spricht von seinem Vater so, daß man Achtung und Liebe heraushört. Gleichwohl kritisiert er manches in harter Weise. Sein Vater sei unzuverlässig etc. Ein Bruder, der um 3 Jahre jünger ist, hat sehr ähnliche Zustände gehabt wie der Patient selbst. Ein Stiefbruder aus der zweiten Ehe des Vaters stammend, 18 Jahre alt, ist seelisch intakt. Die Mutter soll schwer hysterisch sein. Die Ehe wurde etwa 1895 geschieden. Drei Geschwister des Vaters starben im jugendlichen Alter.

Er kommt in die Sprechstunde, wie er sagt, in völlig gebrochenem Zustand und gibt hier die folgenden Angaben, die in geordneter und gekürzter Form, aber fast stets mit den Worten des Patienten wiedergegeben sind. War die Darstellung des Patienten nicht klar, wurde stets versucht, näheren Einblick zu erhalten. Die redigierte Krankengeschichte wurde mit dem Patienten wiederholt durchgesprochen. Die Angaben des Patienten sind auf ihre Glaubwürdigkeit sorgfältig geprüft worden. Er spricht fließend, gewandt, stockt nur zeitweise und greift sich nachdenklich an die Stirne. Es ist eine schmächtige,

unscheinbare Persönlichkeit von etwas schlaffer Haltung und korrekten Umgangsformen. Die folgenden Angaben sind in einer größeren Reihe von Gesprächen gemacht worden.

Aus seiner Kindheitsentwicklung ist wenig Auffallendes zu berichten.

Er ist von den Eltern einsam gehalten worden und hatte wenig Spielgenossen. Er erinnert sich, mehrfach Szenen zwischen seinen Eltern miterlebt zu haben. Er erinnert sich, sexuelle Regungen empfunden zu haben, wenn er als 6—7jähriger von der Mutter oder von der Erzieherin ins Bett genommen wurde. Mit $7^1/_2$ Jahren kam er in die Schule. Die Lehrer waren zufrieden. Mit dem Eintritt in die Sexta fielen seine Leistungen ab, doch hat er das Gymnasium absolviert, ohne eine Klasse wiederholen zu müssen. Er war vom Vater in eine andere Stadt gegeben worden, offenbar wegen häuslicher Verhältnisse (im 12 Jahre).

Als er nach dem Gymnasium nach W. kam, war seine Phantasie intakt. Er wurde von einem anderen verführt, der ihn zu mutueller Onanie verleitete. Auch in der Folgezeit onanierte er.

In der Tanzstundenzeit interessierte er sich völlig platonisch für eine Konfektioneuse. Das Mädchen war, wie er meint, seiner nicht wert. Seine Neigung war eine rein geistige. Es blieb bei Mondscheinspaziergängen und Küssen. Einer seiner Tanzstundenkollegen machte ihm über das junge Mädchen Andeutungen sexueller Art und kündigte an, er werde mit dem Mädchen geschlechtlich verkehren. Unser Patient wurde so erregt, daß er drohte, daß er den anderen niederstechen wolle.

In der Tanzstunde imponierte ihm die Tochter seines Rektors. Er merkte damals schon, daß er anders dachte und unerfahrener war als seine Kollegen.

Die erste tiefere sexuelle Regung empfand er in dem ersten Semester seiner Studentenzeit. Er studierte der Familientradition folgend Jura. Er kam nach Greifswald. Sein Studium interessierte ihn nicht, er lernte Reiten und lernte bei dem Ausflug in die Umgebung Greifswalds ein Mädchen kennen, mit dem sich in der üblichen Weise eine Bekanntschaft anspann. Ein Versuch zum Geschlechtsverkehr mißglückte aber vollständig und wurde nicht wiederholt. Die Sache lief aber weiter.

Er hat sein ganzes Verhalten den Frauen gegenüber stets als Lücke in seinem Leben empfunden. Er ist der Ansicht, daß er alles mehr von der geistigen Seite auffaßte als die anderen.

Er war in Greifswald ein Semester (Sommer 1903). Er kam von dort auf ein Gut seines Vaters. Der Abschied war ihm schmerzlich, doch kam er schnell darüber hinweg. Er deutet das als einen Mangel an tiefem Empfinden.

Im Oktober 1903 begann er sein Militärdienstjahr abzudienen. Er kam mit dem Reiten nicht richtig vorwärts. Er hatte nie das Gefühl der Sicherheit auf dem Pferde, wurde beim Traben hin und her geworfen, „es war, wie soll ich sagen, kein Ausgleich zwischen dem obern und untern Menschen." Alles andere ging gut, so z. B. erzielte er beim Schießen gute Resultate. Er wußte auch, daß er klar und logisch denken konnte. Er brachte es aber nicht weiter als bis zum Gefreiten.

Im Herbst 1904 zog er nach L. Er begann daselbst ein Verhältnis mit einer Konfektioneuse. Das Mädchen beherrschte ihn vollkommen. Er war sehr eifersüchtig. Er war in seinen Gefühlen und Gefühlsäußerungen überströmend und überschwänglich. Weihnachten 1904 kam er nach Hause, erkrankte (er hatte von dem Mädchen eine schwere Gonorrhoe akquiriert) und mußte sich in ein Krankenhaus aufnehmen lassen. Hier gewann er allmählich Interesse für Medizin. Er kam dann nochmals nach L. In diese Zeit fallen einige poetische Versuche, die auch zum Teil den Weg an die Öffentlichkeit fanden. Es waren kleine Stimmungsgedichte und auch satirische Gedichte; insbesondere nahm er den Frauen gegenüber aus einem Gefühl der Schwäche heraus eine satirische Stellung ein. Mittlerweile hatten sich die materiellen Verhältnisse seines Vaters verschlechtert. Das Gut mußte verkauft werden. Er hatte große Kosten verursacht. Er hatte unterdessen mit seinem Vater vereinbart, zur Medizin umzusatteln und kam 1905 in die Kaiser Wilhelms-Akademie. Es kam ihm alles etwas komisch vor, nüchtern und kasernenmäßig. Im Seziersaal glaubte er den Anblick der Leichen nicht ertragen zu können. Doch zog ihn jetzt das Reale an, während er früher mehr in der Phantasie gelebt hatte.

Schließlich präparierte er sogar mit großem Eifer und war in gehobener Stimmung, wenn er ein gutes Präparat gemacht hatte. „Den realen Geist der Wissenschaft," meint er jetzt resigniert lächelnd, „habe ich damals noch nicht erfaßt." Es ging ihm damals

häufig so, daß er nicht antworten konnte, wenn er gefragt wurde, auch wenn er die Sache gelernt hatte. In Berlin lernte er an der Akademie einen Kollegen kennen, der ihm wegen seiner kühlen Gelassenheit und Sicherheit sehr imponierte. Er hatte etwas Unnahbares und hatte ein selbstbewußtes sicheres Auftreten. Er nahm sich vor, sich nach diesem zu bilden. Während er selbst sich durch das großstädtische Leben hatte fesseln lassen, ging jener andere durch das großstädtische Leben und Treiben hindurch, ohne daß es ihm imponierte. Jener andere war auch im Verkehr viel sicherer und wenn er in ein Lokal trat, richteten sich die Blicke der Frauen auf ihn, während er selbst nicht beachtet wurde. Er hatte das Gefühl, daß er den weiblichen Wesen gegenüber versagte. Er hatte den Eindruck, daß er versagte, weil er zu sehr wünschte. Sein Freund hatte auch ein Verhältnis mit einem eigenartigen jungen Mädchen, einer unscheinbaren Choristin. Er selbst versuchte, an das Mädchen näher heranzutreten, es gelang ihm jedoch nicht, sie lachte ihn aus.

Während er nun bestrebt war, sich nach jenem zu bilden, richtete sich der Sinn, der früher nach außen gerichtet war, im Denkprozeß nach innen. Plötzlich, innerhalb von ein bis zwei Tagen kam eine Apathie über ihn. Es fiel ihm schwer, aufzustehen. Die Umgebung reizte ihn nicht mehr. „Ich sah wohl alles, die Umgebung, die Bäume, es war alles dasselbe, aber das Interesse war nur ein Verstandesinteresse. Ich war nicht mehr mit Herz und Sinn bei der Sache." Nur Gewitter regten ihn etwas an. Auf die Frage nach der Fähigkeit, Freude und Trauer zu empfinden, sagt er: „Die Affekte waren zweifellos herabgesetzt, es ließ mich alles viel gleichgültiger. Das Teilnehmen an freudigen Ereignissen war kein richtiges Mitempfinden, wenigstens nicht mehr so frei wie früher." Der ganze Zustand war unangenehm und mit Angst verbunden. (Wie was das Denken und Vorstellen?) „Ich war sehr erstaunt, ich konnte besser arbeiten als sonst, die geistigen Arbeiten gingen besser vonstatten, das rein verstandesmäßige trat in den Vordergrund." Es war aber noch eine geistige Verbindung mit seiner Familie vorhanden. Er formulierte sich aber das Ganze so, daß sein Freund gleichsam sein geistiger Vater sei.

Er hatte stets Neigung gehabt, sich selbst zu beobachten. Eine besondere Steigerung dieser Selbstbeobachtung trat nicht auf. Aber „man muß sich doch Rechenschaft ablegen, wenn sich ein so sonderbarer Zustand zeigt." Irgendwelche besondere Momente kann er für die Auslösung des Zustandes nicht verantwortlich machen.

(Wie fühlten Sie ihren eigenen Körper?)

„Ich hatte manchmal das Gefühl, schräg zu gehen . . . . . ich hatte das Gefühl, ohne Bewußtsein zu gehen." „Sowie ich in meine gewohnte Umgebung kam, fühlte ich mich sicherer, unter Menschen ängstigte ich mich."

(War die Welt fremdartig?)

„Jedes Ding sah genau so aus wie früher . . . . . aber ich selbst fühlte, daß ich es mit anderen Augen betrachtete."

Dieser Zustand hatte sich im Sommer 1907 eingestellt. Gleichwohl begann er sein Examen und machte auch eine Reihe von Prüfungen mit gutem Erfolg. „Wenn ich beim Examen saß, so war alles da, nur ich allein war nicht vorhanden, nur ich nicht. Das Gefühl des eigenen Ich war herabgesetzt." Er glaubt, daß die anderen seinen Zustand merkten.

Im Juni 1907 starb seine Großmutter stiefmütterlicherseits. Die Dame stand ihm relativ fern. „Wie ich nun nach D. fuhr, war es mir, als ob ich gar nicht auf der Erde wäre. Es geschah alles um mich herum, es war als wenn ich in Wolken ging. Das ganze Begräbnis ging an mir vorüber, der Pfarrer gab mir die Hand . . . . . es war alles herabgesetzt . . . . . eine allgemeine Teilnahmslosigkeit."

Der Zustand blieb der gleiche, nachdem er nach Berlin zurückgekehrt war. Seit dieser Zeit ist sein sinnliches Interesse herabgesetzt, das geistige richtete sich auf Abstraktes. Mathematik und Physik kamen ihm näher. Wenn der Zwang an ihn herankam, konnte er arbeiten. Seine früheren Gedichte kamen ihm wegen ihres Gefühlsausdruckes jetzt kindlich vor. Auch in dieser Zeit hatte er Musik sehr gerne, er versuchte sein Gefühl musikalisch auszubilden (Geige), doch gelang ihm dies nicht ohne weiteres. Musik nahm ihn innerlich sehr gefangen und er folgte Konzerten mit großem Interesse.

Zu Ostern 1907 bekam er Nachricht, daß man ihn krankheitshalber von der Akademie entlasse. Er war darüber nicht sehr böse, da ihm das studentische Treiben etwas naiv vorgekommen war. Es bestand eine gewisse Scheidung zwischen ihm und den übrigen, nur an diesen einen Kollegen hatte er sich angeschlossen. Er war Ostern zu Hause gewesen, der Zustand war in der gewohnten Umgegend ein besserer geworden, er war zwar

nicht im richtigen Kontakt mit der Umgebung, aber der Zustand war nicht mehr unangenehm. Das Interesse wurde lebhafter. Er hatte noch zwei Teilprüfungen des Examens nachzuholen und zog deshalb nochmals nach Berlin zu seinem Freunde, der wegen Krankheit gleichfalls die Akademie verlassen hatte. Er absolvierte dann auch seine Prüfungen.

Seit diesem Zustand im Jahre 1907 war er in eine ideale Welt versetzt. Gleichzeitig fühlte er sich aber auch über seine Umgebung erhaben und wurde nicht mehr zu sehr von ihr gefangen genommen. Die Außenwelt belästigte ihn nicht mehr so wie früher. In seinem Studium kam er in bezug auf das Reale etwas außer Konnex. Aus Büchern konnte er jedoch lernen und das Gedächtnis war sehr gut. Im Sommersemester 1908 mußte er mit dem Studium aussetzen, da sein Vater die Kosten nicht bestreiten konnte. In dieser Zeit kamen ihm Brüder und Verwandte etwas naiv vor. In ihren Wünschen kamen sie ihm zu unbeherrscht vor.

Im Oktober 1908 kam er nach K. Das ganze Leben und Treiben im Hafen machte einen starken Eindruck auf ihn. Dadurch wurde der Sinn etwas nach außen gerichtet. Er fühlte sich jedoch doch nicht recht lebenskräftig und führte sein „Scheinleben" für sich weiter. Dabei war ihm innerlich wohl. (Er hätte damals wohl den Ausdruck Scheinleben nicht gebraucht.) Im ganzen war er doch eindrucksfähiger geworden.

Ende Januar 1909 luetische Infektion. Er war sehr deprimiert. Er verwandt es relativ rasch. Der Gedanke hat ihn später nur wenig beschäftigt. Er hat von sekundären Erscheinungen nur Roseola und Mundpapeln gehabt. Zur Zeit der Untersuchung war der Wassermann stark positiv. Es ist erwähnenswert, daß er die ganze Sache als sehr nebensächlich behandelt.

Eine Stelle in einem Sanatorium, die er im Sommer 1909 auf Wunsch des Vaters antrat, konnte er ausfüllen. Er mußte nun aus äußeren Gründen wieder ein Semester aussetzen. Er verbrachte dieses zu Hause bei seinem Vater und mußte sich an der Abfassung patriotischer Kolportageliteratur beteiligen. Trotz mancher Konflikte mit seiner Stiefmutter fühlte er sich leidlich wohl und er hatte das Gefühl, daß er von seiner inneren Heiterkeit an andere abgeben konnte. Die Natureindrücke erfreuten ihn damals sehr. Er war aber doch mehr nach innen gekehrt als vor 1907. In dieser Zeit besuchte er seinen Bruder, der in Ch. eine Stelle innehatte, die ihn nicht befriedigte. Als er nun den Bruder apathisch und niedergedrückt, gleichsam ohne Impuls antraf, war es plötzlich, als ob sich sein innerer Mensch veränderte. Er kam in einen deprimierten Zustand. Es fehlte plötzlich die Energie. Die Phantasietätigkeit war herabgesetzt. In diesem Zustande fuhr er nach L., um sein Studium wieder aufzunehmen. Als er in L. durch die Straßen ging, hatte er das Gefühl, wie wenn er vom Himmel auf die Erde gefallen wäre. Es war sehr peinlich, er wußte nicht aus noch ein, er war wie verwirrt. Seine Schrift war anders geworden, undeutlicher. Allmählich fand er sich doch wieder zurecht, insbesondere wurde er durch seinen Berliner Bekannten, der ihm aus J. nach L. folgte, wieder etwas mehr ins reale Leben geführt. Er besuchte Kollegs, doch nahm ihm das Gefühl der Insuffizienz die rechte Freude an der Arbeit.

Im Sommer 1910 nahm er wieder Stellung an. Sein Freund starb an einer Lungenerkrankung. Es berührte ihn das auffallend wenig. Er war, als er diese Stellung innehatte, überhaupt wie geistesabwesend. Er war trotzdem in der Lage, klar denken zu können, wenn er nicht unter dem Eindruck von Affekten stand. Traten diese aber ein, dann richtete sich alles nach innen, „dann war ich aus der wirklichen Welt wie ausgeschieden". Auf Frage fügt er hinzu, unter Affekten verstünde er innere Spannungsempfindungen und eine Art ihm peinlichen inneren Kraftgefühls. Wenn er onanierte, war es besser.

Schließlich lebte er sich ein und als er im November 1910 nach L. zurückfuhr, war es ihm, als ob etwas herabsänke. Er war, als ob die Augen geöffnet wurden, als ob alles ganz klar würde, als ob ich wieder ins reale Leben zurückkommen würde. In L. erschien alles anders, „ich war doch ein anderer geworden." Im Sanatorium war er sich wie die Personifikation des Nichts vorgekommen. Er hatte damals viel über tiefe Probleme gegrübelt. „Damals existierte ich und existierte ich quasi nicht." Jetzt trat er wieder ins reale Leben zurück und er faßte auch den Plan, seine Erlebnisse dichterisch zu fassen. Es sollte der Gegensatz zwischen realem und idealem Leben dargestellt werden. Allerdings fühlte er auch in L. Schwere in den Gliedern. Auch waren ständig Schwankungen in seinem Zustand vorhanden. Es war ihm alles seltsam klar, er hatte auch den Eindruck, fremde Personen sehr gut verstehen zu können. So erging es ihm, als er eine Schrift über Napoleon

las. Er dachte damals immer, es sei ihm gelungen, den Willen über das Triebleben zu setzen. Er war damals von Lustempfindungen erfüllt und fühlte sich abgeklärt. Wenn er jedoch in dem nun folgenden Semester im Kolleg saß, so war ihm zwar alles sehr plausibel, aber es war die Kraft des Willens nicht vorhanden. Es kam nicht zu einem regelmäßigen Kollegbesuch. Er fühlte sich auch bedrückt, weil er Schulden zu zahlen hatte und nicht zahlen konnte. Auf Drängen seines Hauswirts ging er doch ins Kolleg, insbesondere als ihm dieser in grober Weise beschimpft hatte, und ihm vorgeworfen hatte, daß er nicht arbeiten wolle. Er glaubt, daß sein Vater den Wirt veranlaßt hatte. Schließlich trat aber wieder eine tiefe Depression auf, die auch dann nicht schwand, als durch ein größeres Darlehen seine pekuniäre Situation geregelt wurde. Auch schenkte ihm damals sein Vater, der sich für ihn verbürgt hatte, seiner Ansicht nach zu wenig Vertrauen in der Verwaltung des entliehenen Geldes. Es kam zu einem Zustand von Apathie und Interesselosigkeit.

Im August 1911 trat eine schwere Krise auf, in der er das Gefühl seiner Persönlichkeit verlor. Es war das unabweisliche Bewußtsein in ihm, er habe seine Persönlichkeit verloren. Es war ein wesenloses Dasein. Es ging jedoch dieser Zustand rasch vorüber und er fühlte sich wieder wohler. Er beschäftigte sich jetzt aber doch nur mit schöner Literatur, weil er sich zu anderer Beschäftigung zu ermüdet fühlte. Gleichwohl hatte er das Gefühl innerer Harmonie und war im Besitze seiner Persönlichkeit. Sein Bekanntenkreis in dieser Zeit setzte sich fast ausschließlich aus jungen Leuten zusammen, die einer etwas tieferen sozialen Schicht als er selbst angehörten. Er nahm nun wieder eine Sanatoriumstelle in Th. an. Nachdem der Zustand überwunden war, war es ihm gewesen, als ob seine Seele eine Haut abgeworfen hätte. Er fühlte sich innerlich wieder harmonisch und er konnte jetzt seinen Gefühlen auf dem Klavier einen adäquaten Ausdruck geben. Im Sanatorium interessierte er sich für seine Beschäftigung sehr. Als aber von einem der dortigen Ärzte eine Patientin, welche anscheinend ähnliche Erscheinungen wie er hatte, als Dementia praecox bezeichnet wurde, „sank das Barometer seiner Seele auf Null." Er fühlte sich innerlich vollständig erledigt, er hatte das Gefühl: jetzt ist wieder etwas mit dir passiert. Es trat eine tiefe Verstimmung ein. Als er wieder nach Hause fuhr, war es, als ob alle Erlebnisse spurlos an ihm vorüberglitten, wiewohl auch jetzt noch die Erinnerung an diese Zeit in allen Details ihm gegenwärtig ist. Es trat Unfähigkeit zu Freude und Trauer ein. Er merkte das wieder an seiner veränderten Stellung zu der Natur, die ihn umgab. Es war alles Interesse für diese vollständig verschwunden. Immer war innerlich der Gedanke vorhanden, er litte an Dementia praecox.

In L. wurde es nicht besser, nur nach dem Essen war der Lebensmut etwas größer. Es trat Schlaflosigkeit und Angst auf, so daß er wieder nach Hause fahren mußte. Die Krise wurde gehoben, als ihm sein Bruder am Weihnachtsabend zusprach. Kaum war er jedoch wieder in Leipzig, als er wieder vollständig in eine Depression versank. Er geriet durch mangelhafte pekuniäre Unterstützung von seiten seines Vaters [1]) in die größte Notlage. Er bekam von einem Sanitätsrat, an den er sich wandte, 50 Mk., brachte aber davon 40 Mk. am gleichen Abend durch. Kam dann ins Krankenhaus. Als er entlassen wurde, war er wieder vollkommen mittellos. Er lebte wieder wie in einem permanenten Dämmerzustand. Es gelang ihm jedoch, eine neue Unterstützung zu erhalten und es verlief die Zeit bis zum Dezember 1912 ohne besondere Zwischenfälle. Er war jedoch noch immer in der gleichen Weise gestört wie in der Zeit, als er aus D. zurückkam. Er war den Eindrücken der Außenwelt nicht gewachsen. Am wohlsten war es ihm, wenn er allein essen konnte. Die Furcht vor der Dementia praecox bestand in wechselndem Maße fort Mit seinen Wohnungen war er nie recht zufrieden Er fühlte sich bald in dieser, bald in jener Richtung beeinträchtigt. Er hat auch Bemerkungen gehört, die auf ihn paßten. Dinge, die er über andere gesagt hatte, die hörte er wieder, wenn er in Lokale ging. Einer seiner Wirte sagte ihm: „Auch Sie glauben wohl, Sie werden beobachtet." Schon zu Weihnachten 1911 fühlte er sich von Leuten, die in Automobilen saßen, beobachtet. Ein Mann warf einen Handwagen um, wohl damit er wieder in die Realität zurückgerufen werden sollte. „Ich habe genug Verstand, um diese Ideen neutralisieren zu können."

In dieser Weise ging es etwa bis zum Dezember 1912. Damals trat eine neue Verschärfung des Zustandes ein. Wenn er durch die Straßen der Stadt ging, kam ihm die

[1]) Er haftet sehr an diesem Punkt: „So kann ein Vater doch nicht handeln?"

Außenwelt nicht zum Bewußtsein, er war wie im Rausche. Er fühlte sich nicht mehr so wie vorher. Das Gehirn war wie gehemmt. Der Zustand zeigte Schwankungen oft in einem Tage, doch blieb der Grundzug der Störung der gleiche. Die letzte Verschlimmerung trat auf, als er mit einem Kollegen über Paranoia sprach und als dieser die Paranoia als eine zu völliger Verblödung führende Krankheit bezeichnete. Wieder sank das Barometer seiner Seele auf Null. Diese Verschlechterung seines Zustandes führte ihn zu einer neuerlichen Untersuchung in die Klinik.

Schon während er seine Geschichte erzählt, fügt er Bemerkungen über seinen jetzigen Zustand ein. Er sei jetzt wieder wie außerhalb des realen Lebens. „Es ist seltsam, es ist, wie wenn ich nur halb existierte." Oder als er in detaillierter Weise seine Erinnerungen erzählt, sagt er: Es ließe ihn das alles gleichgültig . . . . . es sei jetzt seine Reaktionsfähigkeit aufs äußerste herabgesetzt . . . . . oder „ich erzähle momentan alles nur aus dem Verstande heraus, das Bewußtsein ist ziemlich . . . es ist nicht die richtige kraftvolle Erinnerung." Gleichwohl erzählt er alles durchaus nicht in gleichgültigem Tone, sondern Tonfall und Mimik folgen durchaus dem Sinn der Rede. Es sind Affekte und Gefühle aus der Art des Ausdrucks ohne weiteres erschließbar. Seine Mimik ist geradezu belebt, seine ganze Grundstimmung erscheint resigniert und schmerzlich. Er gibt über seinen jetzigen Zustand an, er existiere im halben Zustand, er sei deprimiert.

Das Hauptsächlichste sei eine fast völlige Herabsetzung der Willenstätigkeit. Er müsse sich gehen lassen. Es sei schon Zwang, daß er zum Arzt gekommen. Er braucht zu allem eine größere Anstrengung. „Wenn ich in das Kolleg gehen soll, so fällt mir das sehr schwer." „Die Konzentrationsfähigkeit ist herabgesetzt. Ich kann mich jedoch konzentrieren, wenn es verlangt wird . . . der Not gehorchend, nicht dem eignen Triebe. Ich kann wohl Leistungen vollbringen, ich tue es aber nicht aus freien Stücken. Der Impuls ist vollständig herabgesetzt." Er wacht jetzt sehr zeitig auf. „Meine Glieder sind gefesselt, es ist eine körperliche Lethargie. Wenn ich aufstehen müßte, dann würde es gehen." Wenn er sich aufraffte, dann ginge es. Er könne sich nicht lange bei der Arbeit halten. Er brauche sogar zum Essen eine verstandesmäßige Nötigung. Er fühlt sich wohler, wenn er den kritischen Punkt überwunden und sich bezwungen hat . . . . . „An und für sich existiere ich in einem willenlosen Zustand. Er besteht seit 1911. Es ist ein Zustand, wo ich keinen Willen habe und doch einen Willen habe. Ich bin nicht mehr so im Besitze meines Willens wie früher." Er glaubt, daß sein Zustand seit 1911 eine neuerliche Verschlechterung erfahren hat. Er hat den Willen noch mehr verloren. In seiner neuen Wohnung habe er sich nicht zur Tätigkeit aufraffen können. „Wenn ich es tun müßte, so würde ich es gewissermaßen mechanisch tun." Dieser Zustand unterliegt Schwankungen. Es hängt von den Affekten ab, ob sein Nervensystem vollkommen reaktionslos ist. „Der Impuls tritt langsam wieder hervor, wenn ich durch Verstandesregung den Willen wieder einsetze."

Seine Stimmung ist herabgesetzt. Er sei zu tieferen Gemütsregungen nicht fähig. „Es ist ein schmerzliches Gefühl, daß ich reaktionslos bin, zu einer richtig tiefen Trauer bin ich nicht fähig." Er bezeichnet sich als stupefactus.

Seine Sinnesempfindungen seien herabgesetzt. Die Geruchempfindung fehle beinahe. Es ist während des Zustandes, als ob die Ohren zugestopft wären. Das Sehen sei nicht gestört, doch scheine ihm sein Zimmer bald größer, bald kleiner zu sein und er schätzt Distanzen schlechter als früher. Bald erscheine ihm das Völkerschlachtdenkmal als wuchtig, bald wieder nicht. Die sinnliche Welt sei für ihn schwächer geworden. Seit 1907 habe er das Gefühl, sich in den Arm kneipen zu müssen, um sich selbst zu fühlen, wie ein Mensch, der sich fragt, ob er träume oder wache. Er hat jetzt das Gefühl, „bewußtlos" zu sein. Die Zeitschätzung und die Empfindungen aus dem Körper erscheinen ihm ungestört.

Die Fähigkeit des Vorstellens bezeichnet er als herabgesetzt. Die Vorstellungen sind schwach. Insbesondere auch die Erinnerungsvorstellungen. Wenn man kräftig fühlt, hat man kraftvolle Vorstellungen . . . . . es sind jetzt matte Erinnerungsbilder. Als er sich auf Aufforderung einen Baum vorstellt, sagt er: „Ich stelle mir den Baum genau so vor, wie früher, nur im allgemeinen nicht so lebhaft." Farbe und Form stelle er doch in gleicher Weise vor wie früher. Als er studierte, fügte er hinzu, habe ihm ein von der Sonne beschienener Park einen starken Eindruck gemacht. Heute sage ihm das nichts mehr (siehe auch im folgenden).

Über sein Denken gibt er an: „Wenn ich aufwache, gehen die Gedanken zügellos. Der Ablauf der Gedanken ist dabei kein zu rascher. Die Gedanken drängen sich mir auf

und nicht ich beherrsche die Gedanken." Er könne sich nur schwer konzentrieren, an eine bestimmte Sache zu denken. Es erforderte das lebhafte Anstrengung.

Assoziationsversuche, die mit ihm angestellt werden, ergeben durchaus normale Resultate. Ich gebe nur einige Stichproben wieder.

Tisch	. . . . .	Teich	1 2/5"
Schlange	. . . . .	Tier	1 2/5"
Wald	. . . . .	Baum	1 3/5"
Sonne	. . . . .	Mond	1 1/5"
Rot	. . :	Gelb	1 2/5"

Bemerkenswert sind einige Assoziationsversuche, welche nach der freien Methode Koffkas angestellt wurden. Auf das Reizwort Puppe wird nach 7 Sekunden mit ja geantwortet und folgende Schilderung der auftauchenden Vorstellungen gegeben: Es war eine angekleidete Puppe, so wie sie in Schaufenstern stehen, mit blonden Haaren und farbigem Kleid. Er sei eigentlich eine ganze Menge wie in einem Schaufenster eines Puppenladens. Er sah das Bild in einer der natürlichen entsprechenden Größe vor sich.

Wald	. . . . Ja 4"	Es war ein Nadelwald. Er sah die einzelnen Stämme der Bäume. Er stand vor dem Wald.
Schach	. . Brett 1 4/5"	Er hatte im gleichen Moment das Schachbrett in Farben vor sich.

Trotz dieser detaillierten Vorstellungsbilder hatte er den Eindruck, als ob die Vorstellung blässer sei.

Sein Selbstgefühl sei zeitweise so stark herabgesetzt, daß das Ichgefühl nicht vorhanden sei. Dieser Zustand könne sehr hohe Grade erreichen. Auch wenn das Ichgefühl gesunken ist, ist die Verstandestätigkeit vorhanden. „Es ist, wie wenn der eine Teil meines Menschen nicht so stark vorhanden ist. Das Verstandesich ist in der gleichen Weise vorhanden wie früher. Die Gedanken . . . . . es ist doch wie eine geistige Schwäche. Die Lebensbefähigung ist herabgesetzt. Ich existiere in zwei Welten zugleich . . . In der Seele ist kein innerer Halt. 1911 war ich noch ein ganzer Mensch."

Die anderen Menschen erscheinen ihm während seines Zustandes unverändert. Er ist ihnen gegenüber objektiver geworden und läßt sich nicht mehr von den Gefühlen der Sympathie und Antipathie leiten.

Er klagt über körperliche Mattigkeit und über ein Gefühl, als ob sein Gehirn gehemmt sei. Im übrigen keine körperlichen Klagen. Keine Zwangsvorstellungen.

Er gibt nur an, schon als Kind leicht errötet zu sein und an Errötungsfurcht gelitten zu haben.

Die körperliche Untersuchung, insbesondere auch die Untersuchung der Sensibilität und der Sinnesorgane ergibt nichts Anormales.

Er selbst beurteilt seinen Zustand folgendermaßen. „Wenn ich aus diesem Zustand heraus will, so darf ich mich nicht zwingen. Es muß von selbst sein, sonst komme ich nicht zu mir selbst. Ich muß mich der Mutlosigkeit überlassen, bis sich meine Seele wieder aufrichtet und bis sich das Körperliche wieder regt."

Charakteristisch ist für den Patienten die Art, wie er auf einen Konflikt mit seiner Wirtin reagiert. Er kommt sehr erregt, früher als zur besprochenen Zeit zu dem Referenten und klagt, er sei völlig fertig. Er schildert erregt den schlechten Charakter seiner Wirtin und ist völlig fassungslos darüber, daß diese ihm Egoismus vorgeworfen hatte. Er klagt über das hysterische Gesinge der Wirtin, sie singe mit falschem Gefühl.

Vor kurzem glaubte er, daß Löcher in seine Wohnungswand gebohrt wurden. Als er durch den Tunnel ging, kamen Kinder mit gellendem Geschrei, er bezog das auf sich, er glaubte, daß sie seinetwegen geschickt wurden. „Das ist selbstverständlich Unsinn."

Sein Urteil über die ihm nahestehenden Personen ist im allgemeinen lieblos. So spricht er über den Freund, den er verloren hat, in kühler und etwas herabsetzender Art.

Sein Mitteilungsbedürfnis ist ein sehr lebhaftes. Man hat den Eindruck, daß es ihm eine große Erleichterung ist, von sich und seinen Zuständen sprechen zu können. Er bestätigt das auch selbst. Die Darstellung seines Lebens, die er gibt, ist ungemein reich an Details. Es muß hervorgehoben werden, daß diese (hier nicht erwähnten) sich auf ganz belanglose äußere Erlebnisse beziehen, welche ihm offenbar innerlich stark in Anspruch

genommen haben. So erzählt er mit Vorliebe von den Studentenwohnungen, die er bewohnt hat, von den Wirtinnen, bei denen er wohnte etc.

Eine Neigung, philosophische Schlußfolgerungen aus seinen Erlebnissen zu ziehen, leuchtet durch seine ganze Darstellung hindurch. Insbesondere beschäftigt ihn der Gegensatz zwischen Realem und Innenleben. Er habe sich in Berlin völlig dem Idealen zugewendet und das sei dann immer weiter vorgeschritten. (Nur 1910 sei er mit der Außenwelt in Kontakt getreten.)

Ich kann mir nicht versagen, an dieser Stelle noch ausführlich ein Erlebnis unseres Patienten wiederzugeben. Zur Zeit des Erlebens befand er sich im ausgesprochenen Zustand der Depersonalisation. Er hatte ursprünglich die Absicht gehabt in den Weihnachtsferien 1913 nach Hause zu fahren hatte aber von zu Hause einen abschlägigen Brief erhalten, weil die häuslichen Verhältnisse zu ungünstig seien. Er dachte, der Brief sei gut überlegt und es hätte aus seinem eigenen Brief herausgelesen werden können, daß er nicht gerne nach Hause kommt (alle sind zu Hause zerquält). Trotzdem konnte er sich nicht entscheiden, ob er fahren sollte oder nicht. Es war ein völliger Entschlußmangel. Er glaubte sich beobachtet und meinte, daß man auch von der Klinik aus Leute ausschickte, welche ihn kontrollieren sollten. Es trat jetzt dieses Gefühl, beobachtet zu werden, das gelegentlich schon seit 2 Jahren in ihm auftauchte, wieder stärker hervor. Er hatte mehrfach wegen einer Kellnerin in einem Lokal verkehrt. Das Mädchen machte sehr starken Eindruck auf ihn, weil sie der direkte Gegensatz zu ihm war. Es kam ein leidenschaftlicher Rausch über ihn. (Aus seiner ganzen Erzählung merkt man, daß er durch das Erlebnis sehr stark in Anspruch genommen ist. Gleichzeitig wieder das Bedürfnis auffällig, sich rückhaltlos auszusprechen.) Am ersten Abend war er noch im Besitze seiner Willenskraft und wußte, was er wollte. Dann aber verlor er wieder den Willen und in diesem Moment war auch das Interesse für das Mädchen verschwunden. Er schildert dann breit die Erlebnisse in dem Lokal, jedes Detail stark betonend, insbesondere auch das Verhalten eines anderen Kavaliers des Mädchens. Gleichzeitig fühlte er sich beobachtet und glaubte von den Leuten an den Nebentischen Anspielungen zu hören. Z. B. „Er muß sich mehr zurückhalten, er muß sich beherrschen können." Er hatte das Gefühl, daß man ihn von dem Mädchen abbringen wollte. Er konnte sich nicht erklären warum. Auch das Mädchen sagte: „Hier sitzt ein Kriminalkommissär" und er hörte von Pfefferminztee sprechen (den er zu Hause vielfach getrunken hatte). Im Gespräch gibt er sehr rasch zu, daß all dies wohl verfehlte Deutung sei. Es ist immer wieder auffallend, mit welch lebhaftem Affekt er auf derartige belanglose Erlebnisse reagiert[1]).

Zusammenfassung:

Es handelt sich um einen 29jährigen Studenten, der eine der Norm entsprechende Begabung zeigt, der aber seit der Kindheit eine Reihe auffälliger Züge bietet, wie aus seinen glaubhaften Angaben hervorgeht. Deutlicher treten diese in der ersten Zeit seines Studentenlebens hervor. Bemerkenswert ist sein Gefühl der inneren Schwäche und Unselbständigkeit, aus dem heraus zum ersten Mal in einem Alter von 23 Jahren sich ein als Depersonalisation zu bezeichnendes Krankheitsbild entwickelt. Es ist schon dadurch als Depersonalisation gekennzeichnet, daß die Unlustaffekte (Angst und Gefühl der Peinlichkeit) sich nachweisen lassen. Vielleicht tritt die Peinlichkeit des Zustandes weniger hervor als in ähnlichen Fällen. Dem entspricht, daß der Patient sich in besonderer Weise zu geistiger Arbeit befähigt fühlt. Es ist eine Abkehr von der Wirklichkeit des täglichen Lebens und eine Zuwendung zu dem geistigen Leben. Dieser Zustand verliert nach kurzer Zeit alles Peinliche (seit Ostern 1907), es bleibt nur eine gewisse Abkehr vom realen Leben bei erhaltener Fähigkeit sich zu interessieren. In dieser Form dauert er etwa zwei Jahre hindurch an. An

[1]) Zur Zeit der Korrektur Mai 1914 sind die Beziehungsideen völlig geschwunden. Die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins außerordentlich ausgesprochen.

scheinend sind gewisse Schwankungen doch vorhanden und es kommt zeitweise doch der Eindruck, daß es ein Scheinleben ist. 1909 tritt eine Krise ein insofern, als jetzt wieder das ausgesprochene Bild der Depersonalisation eintritt. Es ist schwere „Teilnahmslosigkeit" mit Unlustgefühlen im Vordergrunde des Zustandsbildes. Dieser Zustand dauert mit zwei Unterbrechungen (im November 1910 und im August 1911), wenn auch mit Schwankungen, bis zu dem heutigen Tage an. Das Zustandsbild des Jahres 1910 ist gekennzeichnet durch eine erneute Zuwendung zum Leben, die mit hochgradigen Lustgefühlen verbunden ist. Das des Jahres 1911 wird als wiedererlangte innere Harmonie beschrieben. In der übrigen Zeit beschreibt der Patient zwar Schwankungen, die ich jedoch nicht als wesentlich ansehen kann. Es handelt sich nur um quantitative Differenzen in der Schwere des Zustandsbildes.

Epikrise:

Eine Aufzählung der vorhandenen Einzelsymptome kann in diesem Falle deshalb unterlassen werden, weil die Krankengeschichte bereits die einzelnen Störungen zusammenfaßt.

Die Störungen der Wahrnehmung betreffen wieder sämtliche Sinnesgebiete und ziehen das Rohmaterial der Empfindungen nicht in Mitleidenschaft. Das ergibt die objektive Untersuchung und auch die Angaben des Patienten selbst gehen nach der gleichen Richtung. Bemerkenswert sind die Schwankungen des Größeneindrucks der Objekte. Sein Zimmer erscheint ihm bald größer und bald kleiner. Der Kranke faßt dahin zusammen, daß die sinnliche Welt für ihn schwächer geworden sei.

Auch dieser Patient klagt über Apathie, mangelhafte Reaktionsfähigkeit auf dem Gefühlsgebiete, über die Unfähigkeit, Freude und Trauer zu empfinden. Diesen Angaben widerspricht auf das entschiedenste Mimik, Haltung und Sprechart des Patienten. Er ist in keiner Weise in dem Ausdruck der Gefühle gebunden oder gehemmt. Auch seine eigenen Angaben enthalten eine Reihe von Widersprüchen. Er ist in der Zeit, wo er angibt, gefühllos zu sein, für Musik empfänglich. Am auffallendsten ist jedoch das, was ich selbst beobachten konnte, die Reaktion auf den Streit mit seiner Wirtin. Er ist lebhaft verärgert, sehr unmutig und reagiert viel lebhafter affektiv, als es der Sache nach angebracht wäre. Nach allem scheint es mir fraglos, daß es sich nicht bloß um einen Menschen handelt, der fähig ist, Gefühle zu empfinden, sondern daß dieser Mensch auch besonders leicht zu Gefühlen und Affekten tiefgreifender Art gebracht werden kann. Ich verweise nur auf die Episode mit der Kellnerin.

Die objektive Schärfe des Gedächtnisses geht aus seinen ganzen Darstellungen hervor. Er hat sie übrigens mehrfach in der gleichen Art und Weise wiedergegeben mit stets übereinstimmenden Details. Er erinnert sich an jedes einzelne Wort des Referenten. Er klagt auch nur darüber, daß ihm das Gedächtnis nicht mehr in der früheren Fülle und Kraft zu Gebote stehe. Das gleiche gibt er über seine Vorstellungen an. Hier können wir uns auf exakte Untersuchungen berufen. Sie haben uns ergeben, daß der Patient ein sinnlich lebhaftes Vorstellungsvermögen besitzt. Aber auch hier klagt er darüber, daß die Vorstellungen nicht die richtige Kraft besäßen. Die gleichen Angaben macht er über die mit den Vorstellungen verbundenen Gefühle.

Erheblichere Denkstörungen sind bei unserem Patienten jedenfalls nicht vorhanden. Er bewegt sich selbst in komplizierteren Gedankengängen. Er ist imstande, dem Gange einer akademischen Vorlesung zu folgen. Bemerkenswert ist, daß ihm die Einstellung der Aufmerksamkeit Schwierigkeiten bereitet. Er klagt über mangelhafte Konzentrationsfähigkeit. Daß er gelegentlich das Gefühl hat, seine Gedanken nicht zu beherrschen, sondern von ihnen beherrscht zu werden, sei erwähnt.

Die gleichen Klagen begegnen uns auf dem Gebiete der Willenstätigkeit. Er ist wie ohne Bewußtsein, handelt nur mechanisch. Er klagt seinen Willen zu den geringsten Handlungen anspannen zu müssen. Besonders instruktiv ist die Angabe des Patienten, er könne wohl den Willen anspannen, es fehle jedoch der Impuls. Es brauchte stets einer intellektuellen Willensanspannung. Auch die Angaben über das Selbstgefühl sind bei unserem Patienten besonders klar. Er ist sich bewußt, daß ein Teil seines Ich stets intakt bleibt. „Ich existiere und ich existiere nicht", ist seine Äußerung.

Auch die in der Krise erlebten Ereignisse sind ihm voll gegenwärtig. Ja man hat den Eindruck, daß auch eine sehr lebhafte Gefühlserinnerung besteht.

Die Diagnose des Falles ist wohl auf Psychasthenie zu stellen. Nichts spricht bindend für eine Defektpsychose und andernteils ist auch kein Anhaltspunkt für einen Zustand manisch-depressiven Irreseins. Es handelt sich um eine Psychasthenie im Sinne Janets. Die Erkrankung erwächst auf dem Boden der Konstitution. Aus dem Verlaufe sind die Schwankungen besonders hervorzuheben. Die paranoiden Züge sind eine Besonderheit dieses Falles. Es taucht doch die Möglichkeit einer Schizophrenie auf.

Uns ist dieser Fall besonders deshalb wichtig, weil verständliche Zusammenhänge sich besonders klar darbieten. Die Neurose ist verständlich als die Abwehrreaktion eines, der die volle Wirklichkeit nicht verträgt. Es ist eine mißglückte Flucht aus der Wirklichkeit in das rein geistige Leben.

Deskriptiv-psychologische Analyse der Depersonalisation.

Zunächst eine kurze Definition dessen, was wir als Depersonalisation bezeichnen. Ich verstehe darunter einen Zustand, in dem das Individuum sich gegenüber dem früheren Sein durchgreifend verändert fühlt. Diese Veränderung erstreckt sich sowohl auf das Ich, als auch auf die Außenwelt und führt dazu, daß das Individuum sich als Persönlichkeit nicht anerkennt. Seine Handlungen erscheinen ihm automatisch. Es beobachtet als Zuschauer sein Handeln und Tun. Die Außenwelt erscheint fremd und neu und hat ihren Realitätscharakter verloren [1]).

Ich setze in Form einer These hierher, in welcher Weise dieser Zustand psychologisch zu umschreiben ist: Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. Es setzt somit die Depersonalisation eine bestimmte Summe erhaltener Fähigkeiten voraus. Die Veränderung des Selbst ist nicht die Folge der Veränderung irgend einer

[1]) Vergleiche die Definitionen von Kraepelin und Heymans.

Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Gefühle, der Erinnerungen und Denkvorgänge (wenn es überhaupt erlaubt ist, derartig zu sondern), sondern rührt daher, daß das zentrale Ich in seine Erlebnisse nicht mehr in der früheren Weise eingeht. Das Selbst erscheint entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entsprießt. Es genügt nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken, dem Bewußtseinsstrome immanent sind, ja es genügt auch nicht, daß sie vom zentralen Ich erfaßt werden; es müssen vielmehr in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuelle Tendenzen des Ich vereinheitlicht unwidersprochen enthalten sein.

Die Gefühle und die Gemütsbewegungen.

Es erscheint notwendig, auf zwei Arbeiten näher einzugehen, welche für die Gefühlspsychologie wichtig sind. Haas macht aufmerksam auf den Unterschied zwischen den echten und unechten Gefühlen. Echtheit und Unechtheit seien nicht auf Qualitäten der Gefühle (etwa Dauer und Intensität) zurückzuführen. Das unechte Gefühl entstehe nur im Widerspruch zum echten. Und dieses zeigt seinen Rechtsanspruch dadurch an, daß es aus einer größeren Tiefe des Ich hervorbricht. Mit Äußerlichkeit und Innerlichkeit der Gefühle hat Echtheit und Unechtheit nichts zu tun. Auch Aufrichtigkeit und Unaufrichtigkeit sind etwas davon verschiedenes. Das was in der tieferen Schicht vorhanden, macht erst das Gefühl zu einem echten oder unechten.

Pfänder berichtet allgemein von echt und unecht Psychischem. Er zeigt, daß das unecht Psychische sich nicht beschränkt auf die Gefühle. Der gleiche Unterschied sei auch im Bezug auf Gesinnungen (die er von den Gefühlen trennt) zu machen. Es gebe auch unechtes Genießen, unechtes Streben und Wollen, unechte Willensentschlüsse und Willenshandlungen, unechtes Denken, unechtes Glauben, unechtes Sicherinnern.

Halten wir das wesentlichste Resultat dieser Untersuchungen fest: Alles Seelische ist in zwei Schichten gegeben, in einer echten und in einer unechten. Das echt Psychische entspricht der Grundrichtung des Ich.

Ich beginne jetzt mit einem Versuch der Analyse der Gefühle und Gemütsbewegungen bei der Depersonalisation. Er wird deswegen dem übrigen vorangestellt, weil eine Reihe von Autoren einer Störung der Gefühle und Gemütsbewegungen die wesentlichste Rolle im Zustandsbilde zuschreibt[1]). Sie sehen hier den Kernpunkt des Problems. Unsere Kranken klagen in gleicher Weise über den Mangel an elementaren Gefühlen, wie über den Mangel an Gemütsbewegung. Sie leugnen, an Optischem, Akustischem Freude zu empfinden. Gottfried (Fall 1) und Johanna (Fall 2) klagen, sie spürten den Geschmack der Speisen, empfänden aber nicht Vergnügen oder Unlust dabei. Gottfried erklärt: „Das Gefühl des Angenehmen habe ich überhaupt nicht mehr." Johanna meint, sie sehe wohl die Farben, könnte sich jedoch an schönen Farben nicht erfreuen. Gottfried gibt an, Freude, Liebe, Haß und Trauer nicht mehr zu empfinden. „Ich würde mich freuen, wenn es bloß ein trauriges Gefühl

[1]) Über Depersonalisation existiert bereits eine Reihe von zusammenfassenden Arbeiten: Oesterreich, Hesnard, Dugas und Moutier, gleichwohl habe ich es für richtig gehalten, auch das Tatsachenmaterial zu unterbreiten, auf das sich meine Analysen stützen. (Vgl. den Anhang.)

wäre." Er könnte alle Menschen totschlagen, ohne etwas zu fühlen. Er beklagt sich, daß er zu seinen Mitmenschen nicht mehr lieb sein kann, wie früher. Auch Johanna empfindet schmerzlich, daß sie gegenüber ihrer Umgebung nicht das Richtige empfindet. Auch in Krankengeschichten der anderen Autoren kann man, wie sich aus dem Anhang ergibt, derartige Äußerungen sehr zahlreich antreffen. Einer der Kranken Oesterreichs Ti. gibt direkt an, es fehlten alle Gefühlsstöne[1]). Ein anderer spricht von völliger Gefühlsstumpfheit. Dugas spricht von Apathie. Prau vermißt, daß er inneren Anteil an seinen Arbeiten und Handlungen nehme. Es läßt ihn alles gleichgültig. Mein Fall R. S. (Fall 3) spricht von äußerster Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit. Neben den Klagen über quantitative Veränderungen finden sich auch solche über qualitative. Johanna gibt zeitweise zu, lustig zu sein, aber sie versichert, daß es nicht die richtige Lustigkeit sei. Die Lustigkeit sei nicht natürlich. Die qualitative Abänderung erscheint ihr so beträchtlich, daß sie meint, alles, was gefragt würde, passe eigentlich nicht auf sie. R. S. sagt: es sei nicht die richtige tiefe Trauer, die er fühle. Auch Ka. spricht davon, sein Ärger hätte etwas Fremdartiges, etwas Äußerliches, oder auch, daß die Leidenschaften blasser, die Gefühle dumpfer seien. Böttigers Fall I gibt an, die Gemütsbewegungen seien blaß und farblos. Es fehle die „tiefe" Freude. Besonders schön sind die Ausführungen Janets.

Die Kranken fühlen in der Tat sehr häufig eine merkwürdige Unzufriedenheit mit ihren Emotionen . . . . . es scheint ihnen, daß sie enden, bevor sie vollständig geworden sind und sich umsetzen in eine andere geistige Tätigkeit, Zwangsgedanken, Tics und Angstzustände. „Ich kann nicht mit einer Emotion und einem Gefühl nicht zu Ende kommen, darüber mache ich mir die Gedanken." „Es scheint mir, daß ich meine Kinder nicht wieder sehen werde, alles läßt mich indifferent und kalt . . . . . ich wollte, ich könnte verzweifeln, schreien vor Schmerz. Ich weiß, daß ich unglücklich sein müßte, aber ich komme nicht dazu. Ich fühle weder Freude noch Schmerz. Es gibt eine hohe Schranke, die mich sogar hindert, Schmerz zu fühlen . . . . ." „Früher war ich furchtsam, sagt Gay, und sie hätten mich nicht in diesen mit Skeletten angefüllten Saal führen können (das Museum der Salpetrière). Jetzt macht mir das gar nichts und ich bin nicht einmal erschrocken, alles ist mir gleichgültig." Claire macht folgende Bemerkungen: „Die Gemütsbewegungen machen Halt, entwickeln sich nicht, verlieren sich und kommen nicht bis zu mir. Etwas, was mich erschrecken müßte, läßt mich ruhig, ich habe keine Furcht mehr, ich bin zu ruhig. Gleichwohl fühle ich Freude und Leid, aber abgeschwächt. Es ist sehr selten, daß ich lachen kann, ich lächle, aber ich kann nicht aus vollem Herzen lachen. Freud und Leid bleibt mir ferne, schwebt in der Luft und es macht mich untröstlich, daß ich kein Herz habe . . . ich möchte gerne Kummer haben können: so vollkommen ruhig zu sein, das ist das Entsetzliche . . ." Ich war erstaunt, ein tiefes Gefühl der Langeweile auch bei solchen Kranken anzutreffen, welche sich hinreichend beschäftigten. Das kommt daher, daß die Beschäftigung und die Arbeit ihnen nicht die Empfindung gaben, die ihnen zukommt und die Freude, die ihr folgt."

Auch die Arbeiten der anderen Autoren erwähnen Ähnliches.

Es muß jedoch vermerkt werden, daß bei einer Reihe von Patienten sehr lebhafte Gefühle verzeichnet sind. So in einem Falle Janets. Auch Ti. empfindet zu einer Zeit, wo er angibt, nicht zu fühlen, einen lebhaften Ärger bei belanglosen Dingen. Anderes ist ihm „sympathisch". Auch in einigen Fällen Krishabers wird von erhöhter Reizbarkeit (bei sonstiger Gefühlshemmung) gesprochen. Johanna gibt an, sie empfände Ärger, wenn man ihr

[1]) Oesterreichs Patienten, auf deren Angaben ich noch wiederholt zurückkomme, sind als Ti., Prau und Ka. bezeichnet.

sagte, sie würde wieder gesund. Man sehe sich doch auch die Krankengeschichte meines Patienten R. S. an.

Ein besonderes Interesse verdient das Verhalten anderen Menschen gegenüber. Gottfried spicht davon, er könnte sie erschlagen, wie Holzpuppen. Er fühlt also seinen Gefühlsmangel in die anderen ein. Johanna gibt jedoch an, sie hielte die anderen Menschen für glücklich. Das Verhalten Gottfrieds scheint das seltenere zu sein. Entsprechende Angaben finden sich in der Kasuistik bei Heymans, Geißler, Oesterreich und Ball. Ka. sah einmal zwei bis drei Minuten lang die Menschen um sich herum als Maschinen. Balls Kranker spricht von Dingen, wenn er die Personen seiner Umgebung meint. R. S. gibt an, er fühle sich allen Menschen gegenüber objektiver und ließe sich nicht von Sympathie und Antipathie leiten.

Über die Phantasiegefühle werde ich noch bei Besprechung der Erinnerung und des Gedächtnisses näher berichten. Im allgemeinen scheint das Verhalten derselben ein wechselndes zu sein.

Fragen wir uns nun, wie es mit dem äußeren Ausdruck der Gefühle bestellt ist, so bemerken wir mit Erstaunen, daß den Patienten der Ausdruck der Lust und Unlust, der Freude und der Trauer voll zu Gebote steht. Gottfried erschien zwar bisweilen apathisch, vorherrschend drückte sich jedoch in Miene und Haltung tiefe Trauer aus. Er war leicht zum Weinen zu bringen, auch drückte seine Stimme der Rede folgend Sehnsucht, Liebe, Trauer aus. Auch in Briefen äußert sich eher ein gewisser Gefühlsüberschwang. Ähnliches findet sich bei Johanna, welche im Gespräche scharf pointiert und interessiert erscheint. Beide Kranke lachten, wenn man mit Komischem an sie herantrat. Bei R. S. konnte ich in Mimik und Haltung nichts Auffälliges nachweisen.

Auch dieses Verhalten findet Bestätigung in den meisten Fällen der Literatur, die daraufhin näher beobachtet sind. Bernard-Leroy konstatiert, daß die Kranke ihre Kinder zärtlich umarmt. D'Allonnes schildert sehr ausführlich, wie Alexandrine sämtliche äußere Zeichen der Gemütsbewegungen bietet zu einer Zeit, wo sie behauptet, eine Gemütsbewegung nicht zu fühlen. Er hat Atem und Pulsveränderungen konstatieren können, als sie die Freude eines Besuches von seiten ihres Sohnes hatte. Ka. konstatiert selbst diese Differenz zwischen Fühlen und seinen Ausdrucksbewegungen, ebenso Ti. Löwy erwähnt, daß die Kranke in ihren gleichgültigen Zuständen ein lebhaftes Interesse für ihren Zustand im Benehmen an den Tag legt.

Soweit die Tatsachen bezüglich der Gefühle und Gemütsbewegungen bei der Depersonalisation. Nun zur Deutung.

Wir gehen von der einfachen Beobachtung aus, daß Gottfried auf die Frage, ob man ihm die Geschichte von der Strubelpepi erzählen solle, lebhaft zu lachen beginnt. Er selbst sagt, er spüre dabei kein Vergnügen. Man könnte annehmen, er habe tatsächlich dabei kein Vergnügen gespürt, was ja in der Tat den Anschauungen von d'Allonnes und Oesterreich entsprechen würde. (Die meisten anderen Autoren haben sich über diesen Punkt nicht direkt ausgesprochen.) Es erhebt sich sofort die Frage, weshalb denn der Patient gelacht hat. Sie ist zu beantworten, wenn man den Ansichten von Lange und James entsprechend annimmt, das Komische rufe ohne Vermittlung von Gefühlen das Lachen hervor. Dann bleibt aber vollkommen unerklärlich, warum der Kranke nichts fühlen sollte. Denn die hierzu allein notwendigen Bedingungen (nach der

Ansicht jener Autoren) sind ja erfüllt. Es kann also, wenn man Gefühlsmangel annimmt, die Theorie von Lange und James nicht als ausreichend zur Erklärung der Tatsachen angesehen werden. Diesen Schluß haben in der Tat sowohl d'Allonnes als auch Oesterreich gezogen.

Nimmt man jedoch mit d'Allonnes an, daß die Viszeralempfindungen, welche das Gefühl konstituieren, fehlen, oder mit Oesterreich, daß das Gefühl fehlt, so ist es höchst eigenartig, daß die Viszeralempfindungen und das Gefühl so vollständig überflüssig sein sollen, wenn es gilt, eine Ausdrucksbewegung hervorzurufen.

Gegen die Theorie der Viszeralempfindungen erheben sich noch eine weitere Reihe von Einwänden, die ich noch später besprechen werde. Hier sei nur noch darauf verwiesen, daß Atem- und Pulsreaktionen vorhanden sind. D'Allonnes hat ferner die Sensibilität der inneren Organe durch kalte Einläufe zu prüfen versucht. Er hat dabei Angaben erhalten, die vollkommen denen Normaler entsprachen (vgl. hierzu Weber, Meumann, Becher), hat sie aber fälschlich auf ein Fehlen der Sensibilität der inneren Organe bezogen.

Viszeralempfindungen und Gefühle würden sich dann als ziemlich überflüssige Bestandteile im Seelenleben erweisen. Hier muß nochmals daran erinnert werden, daß das Sprechen dieser Kranken Leidenschaften und Gefühle zum Ausdruck bringt. Auch für diese Erscheinungen wären dann Gefühle nicht notwendig. Ein Patient Krishabers schreibt ausgezeichnete Artikel, die Patienten Oesterreichs verfassen lange Selbstschilderungen, machen Doktorarbeiten etc. Mein Patient R. S. besteht in der ersten Attacke sein Hochschulexamen. Überhaupt sind die Patienten vielfach im Leben draußen möglich. Die Patienten Böttigers, Balls, Hirts machen ihre Büroarbeiten. Akzeptiert man also die Anschauungen Oesterreichs, so sinken die Gefühle zu psychischen Epiphänomenen (wenn ich so sagen darf) herab. Die Konsequenz hat Oesterreich nicht genügend berücksichtigt. Er hat sich damit helfen wollen, daß in einer Reihe von Fällen ausschließlich die Aktivitätsgefühle gehemmt seien. Doch muß gesagt werden, daß in allen genannten Fällen die Störungen des Gefühlslebens nach den Angaben der Patienten selbst nicht verschieden sind von den Gefühlsstörungen anderer Depersonalisationsfälle. Andernteils ist es, falls man überhaupt Aktivitätsgefühle annimmt, schwer zu fassen, daß sie bei allen diesen Leistungen keine Rolle spielen sollen. Ich glaube jedenfalls nicht, daß eine Gefühlstheorie, welche derartige Annahmen in sich schließt, viele Anhänger finden wird. Wenn sich also ergibt, daß eine nicht akzeptable Gefühlstheorie notwendig ist, um die Behauptung bei der Depersonalisation fehlten die Gefühle, aufrecht zu erhalten, so wird man diese Behauptung doch wohl fallen lassen müssen. Ausdrucksbewegungen sind in allen Fällen, die daraufhin genauer untersucht wurden, erhalten gewesen, man findet entsprechende Angaben bei Oesterreich, Heilbronner, Juliusburger, Bernard-Leroy, Hirt, Försterling. Bernard-Leroy hat auch den entsprechenden Schluß gezogen, nämlich den, daß die Gefühle bei der Depersonalisation erhalten sind. Jedenfalls ist gerade der Mangel an objektiver Hemmung für die Depersonalisation so charakteristisch, daß man Fälle mit solcher ihr überhaupt nicht zuteilen kann (darüber später).

Meumann scheint allerdings eine Gefühlstheorie, wie wir sie aus der Annahme des Fehlens der Gefühle bei der Depersonalisation ableiteten, nicht zu

scheuen. Er hebt bei der Besprechung des d'Allonnesschen Falles hervor, wieviel vom Seelenleben in unveränderter Weise auch ohne Gefühle vonstatten geht. Ich hoffe aber, daß die Argumente, die ich im folgenden vorbringe, ausreichen, um die Ansicht vom Fehlen der Gefühle zu widerlegen.

Es spricht gegen einen völligen Gefühlsmangel bei der Depersonalisation, daß in jenen Fällen, wo die begründete Annahme besteht, daß Gefühle ausgefallen sind (bestimmte Fälle von Paralyse und Dementia praecox), auch die Ausdrucksbewegungen schwere Einbuße erlitten haben. Ausdrucksbewegungen ohne entsprechenden Affekt sind in der Neuropathologie bekannt: Zwangslachen und Zwangsweinen. Doch folgt hier die Ausdrucksbewegung niemals in derartig präziser Weise den Wendungen der Rede, wie dies bei der Depersonalisation der Fall ist. Es sind übrigens meines Wissens exakte Untersuchungen über die Psychologie dieser Zustande noch ausständig. Ich selbst habe, seitdem ich auf dieses Problem achte, durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Dr. Zaloziecki Gelegenheit gehabt, einen Fall amyotrophischer Lateralsklerose genauer zu explorieren.

Der Patient, dessen Intelligenz nicht gelitten hatte, beschrieb, daß das Lachen auch gegen seinen Willen komme. Insbesondere dann, wenn ein andersartiger Affekt vorhanden sei. So mußte er häufig lachen, wenn er seine Jungen auszanken sollte. Wenn er dann lacht, wird er auch freudig, so daß er dann überhaupt nicht mehr weiter zanken konnte. Außerdem ist er sehr leicht zum Lachen zu bringen. Jedenfalls war also in diesem Fall während des Lachens der entsprechende Affekt vorhanden.

Auch bei der Hysterie scheint es gelegentlich zu Affektausdruck zu kommen, ohne daß der Affekt wirklich vorhanden ist. Meines Erachtens ist aber selbst in dem Fall, daß ein Affekt naturwahr gespielt wird, ein entsprechender Affekt in irgendeiner Form (wir werden das später noch vertiefen) vorhanden.

Zu all dem kommt hinzu, wie später noch zu erörtern sein wird, daß die Angaben der Kranken über andersartige Defekte im wesentlichen nicht objektiv begründet sind. Nun stehen uns für die Untersuchung der Sinnesorgane, des Denkens und des Gedächtnisses eine Reihe von objektiven Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Für den Nachweis der Gefühle haben wir nur die Ausdrucksbewegungen und die Atem- und Pulsveränderungen. Beide objektive Kriterien des Bestehens von Gefühlen sind im Falle der Depersonalisation gegeben. Es schließt sich also die Beweiskette, daß bei der Depersonalisation ein wirklicher Gefühlsmangel nicht besteht.

Es ist uns nach allem nicht auffallend, wenn es Fälle gibt, in denen von Gefühlsmangel nicht berichtet wird oder wo sogar von einer Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit gesprochen wird. (Oesterreich meint freilich, daß die erhöhte Reizbarkeit im Gemütsleben dem psychologischen (physiologischen) Gesetz entspreche, daß eine gehemmte psychische Funktion sehr leicht eine abnorm intensive Erregung erfahre, wenn sie überhaupt erregt werden könne.) Es rücken dann sämtliche Tatsachen, die über angeblichen Gefühlsmangel erhoben wurden, in die gleiche Reihe mit den Angaben der Patienten, daß ihre Gefühle nicht richtig und nicht natürlich seien.

Es ist nun zu fragen, wie kommt es, daß die Kranken, wiewohl sie fühlen, behaupten, daß sie nicht fühlen. Wie kommt es, daß die Kranken nach dem Ausdrucke Janets mit ihren Gefühlen unzufrieden sind. Eine Antwort auf

diese Frage können wir nur bei jenen Autoren erwarten, welche nicht annehmen, daß die Gefühle vollständig geschwunden sind. Löwy gibt an, es seien die Aktionsgefühle herabgesetzt. Es fehlt also nach Löwy nicht das Gefühl selbst, sondern das Gefühl, das mit der psychischen Tätigkeit des Fühlens verbunden ist: wie er sich ausdrückt, „das Fühlgefühl." Es ist anzuerkennen, daß gegenüber den Ausführungen Oesterreichs ein Fortschritt gegeben ist, insofern, als anerkannt wird, daß Gefühle da sind [1]). Nicht genügend begründet erscheint mir der positive Teil der Deutung. Die Aktionsgefühle in dem Sinne Löwys scheinen mir ad hoc konstruiert zu sein. Wenn ich wahrnehme, so vollziehe ich einen intentionalen Akt, aber ich fühle nicht etwa ein Wahrnehmungsgefühl. Allerdings leuchtet bei Löwy die Anschauung durch, daß von dem Ich Akte ausstrahlen. Doch ist dies nirgends deutlich ausgesprochen. Und sind nun neben diesen Akten noch spezifische Aktgefühle vorhanden? Diese Annahme scheint mir eben willkürlich zu sein. Aus unseren bisherigen Ausführungen geht schon hervor, daß die Gefühle gleichfalls als Inhalte anzusehen sind, die in Akten gegenständlich erfaßt werden. Und ich knüpfe an die zu Beginn dieser Ausführungen erwähnten Arbeiten an und frage, welches Erleben bedingt, daß einmal ein Gefühl echt, das andere Mal als unecht erlebt wird. Hier sei verwiesen auf Ausführungen von Husserl über Evidenz. Husserl setzt sie in Wesensbeziehungen zum gewöhnlichen Sehen. Die Evidenz bestehe in einem Sich-zur-klaren-Gegebenheit-bringen. Die Oberschicht des gleichen Aussagens ist im Falle der Nichtevidenz auf Grund eines ganz verworrenen und ungegliederten Sachverhaltsbewußtseins gegeben, im Falle der Evidenz auf Grund einer klar einsehenden Sachverhaltsintuition. Es gibt nun meines Erachtens auch eine Evidenz der Gefühle, ein evidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines klar eingesehenen (gefühlten) Gefühlshintergrundes [2]). Ein nicht evidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines verworrenen oder sich widersprechenden Gefühlssachverhaltes. Das echte Gefühl scheint mir nun nichts anderes zu sein als das evidente, im Einklang aller Tendenzen vollzogene Gefühl, das Gefühl, das der Grundrichtung des Ich entsprechend vollzogen wird. Die Gefühlsstörung der Depersonalisierten ist nun darin gegeben, daß das Individuum keine evidenten, im Einklang mit dem Gefühlshintergrunde stehenden Gefühle vollzieht. Es entsteht dann ausschließlich ein nicht aus der Tiefe des Ich kommendes Gefühl [3]), ein unechtes Gefühl. Es gibt zweifellos Grade dieser Unechtheit, Grade der Nichtevidenz der Gefühle. Hierin findet die Verschiedenheit der Angaben der Patienten ihre Erklärung. Die einen erkennen die Gefühle

[1]) Es ist mir unverständlich, daß Oesterreich in seinem letzten Buche die Deutung Löwys für dessen Fall akzeptiert und gleichzeitig seine eigene Deutung vom Mangel der Gefühle in der Depersonalisation aufrecht erhalten kann. Denn diejenigen Momente, die Löwy zum Aufgeben der Annahme Oesterreichs trieben, sind in allen daraufhin untersuchten Fällen nachweisbar.

[2]) Es werden hierunter alle jene Tendenzen verstanden, welche zu dem aktuellen Gefühl Beziehung haben.

[3]) Dieser Ausdruck ist bildlich zu nehmen. Zur Erläuterung sei hinzugefügt: Wenn ich Grund und Gegengrund gegeneinander abgewogen habe, und den Entschluß fasse, so vereinheitlichen sich in diesem Entschlusse beide Tendenzen und ich drücke das so aus: Trotz des Gegengrundes treffe ich diese Entschließung. Nicht vereinheitlicht und nicht aus der Tiefe kommend, ist Entschluß, wenn ich mich entschließe und trotzdem immer wieder der Gedanke kommt, ich hätte mich im Sinne des Gegenteils entscheiden sollen.

nicht als natürlich und richtig an, die anderen leugnen überhaupt ihre Gefühle. Das Charakteristische der Depersonalisation scheint mir darin gegeben zu sein, daß diese Unechtheit der Gefühle zum Gegenstand eines neuerlichen Aktes gemacht wird.

Es sind vielleicht zwei verschiedene Möglichkeiten tatsächlich verwirklicht: Es wird wahrgenommen, daß das Fühlen unecht ist oder es wird wahrgenommen, daß das Ich unecht fühlt. Es würde sich in diesen beiden Fällen um eine verschiedene Beachtung der Momente des Erlebens handeln. (Zu dieser Fragestellung ist Geiger zu vergleichen.) In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle scheint die erste Möglichkeit realisiert zu sein. Es muß hervorgehoben werden, daß die Lebhaftigkeit, „die Intensität" des Gefühles nicht dafür maßgebend ist, ob es echt oder unecht ist. Es gibt unter den Depersonalisierten auch solche, welche eine abnorme Reizbarkeit zeigen (Fälle von Janet und Krishaber, auch mein Fall R. S. gehört in diese Gruppe).

Es ist anzunehmen, daß der auf das eigene Gefühlsleben gerichtete Akt bei den Depersonalisierten kein einheitlich vollzogener ist. Man kann introspektive Psychologie treiben, ohne depersonalisiert zu sein. Für die Depersonalisation ist charakteristisch, daß die Tendenz der Beobachtung mit der Gefühlstendenz ringt. Man könnte sagen, während des Fühlens will der Depersonalisierte beobachten und während des Beobachtens will er voll erleben.

Dieser Gesamtzustand unechter psychischer Gegebenheiten wird von dem Individuum gefühlsmäßig beantwortet. Auch diesem Gefühl fehlt die Innerlichkeit in Tiefe, wie die Aussagen der Kranken zu beweisen scheinen. Sie sprechen davon, daß es nicht einmal Apathie sei, was sie fühlten. Es muß das ausdrücklich betont werden, denn Dugas[1]) und Moutier haben verkannt, daß dieser Zustand ungemein quälend ist. Die Patienten bieten das Bild tiefster Niedergeschlagenheit und die Aussage der Kranken von d'Allonnes: Es wäre besser zu sterben als so zu sein, entspricht durchaus dem Seelenzustand dieser Kranken. Es erscheint zunächst fraglich, ob man Fälle, die den Zustand nicht bejammern, der Depersonalisation zuzählen soll. Die Angaben von Dugas über seinen Fall M., der den Zustand nicht unangenehm empfunden haben soll, sind sehr fragmentarisch (vgl. jedoch unsere Ausführungen auf S. 94). Jedenfalls ist es nicht erklärlich, daß so viele dieser Kranken mehr oder minder ernst gemeinte Selbstmordversuche machen, wenn der Zustand ihnen wirklich vollkommen gleichgültig wäre[2]). Ich gestehe, daß die hier gegebene Darstellung des Gemütszustandes in der Depersonalisation unendlich viel komplizierter ist, als die Darstellung der anderen Autoren. Es ist jedoch ein Einblick in die geistige Struktur der Depersonalisierten nur auf diesem Wege möglich.

Es erscheint als Frage von großer Wichtigkeit, ob die Unechtheit des Gefühles das Rohmaterial der Gefühle abändert. Wir sprachen im vorangehenden davon, daß das Rohmaterial der Gefühle intakt sei. Es muß zugegeben

---

[1]) Dugas hat in seinem letzten Artikel diesen Standpunkt zum Teil auch wieder aufgegeben (vgl. auch noch S. 94).

[2]) Der Fall Amiels, den Dugas und Moutier so vielfach bei ihren Erörterungen über Depersonalisation herangezogen haben, ist gar kein Depersonalisierter im strengen Sinne; das hat Oesterreich bereits erkannt, wir kommen darauf im nächsten Kapitel noch zurück.

werden, daß der Ausdruck kein ganz korrekter ist. Die folgenden Zeilen stellen den Versuch dar, das Gemeinte zur einwandfreieren Darstellung zu bringen. Auch hier ist zunächst auf phänomenologische Untersuchungen Husserls hinzuweisen. In der Sphäre, die verbleibt, wenn die Welt des Realen mit einer Klammer versehen würde, in dieser Sphäre scheiden sich nach Husserl Noesis und Noema. Unter Noema versteht Husserl das Wahrgenommene als solches, das Erinnerte als solches, das Geurteilte, das Gefühlte als solches. Bei Husserl zielen diese Begriffe nicht auf psychische Realitäten, sondern es handelt sich um Wesensbegriffe in der Sphäre des reinen Denkens, des reinen cogito. Von dem Wahrgenommenen als solchen ist in dem reinen Wesenserlebnis scharf zu scheiden das Wahrnehmen. Dieses Wahrnehmen, dieses Fühlen etc. bezeichnet Husserl als Noese. In der Sphäre der psychischen Realitäten, also auf psychologischem Gebiet ist dieser Unterschied gleichfalls vorhanden. Es ist zu unterscheiden zwischen Fühlen und Gefühl. Das Gefühl schlechthin habe ich im vorangehenden als Rohmaterial des Gefühles bezeichnet. Nun besteht auf psychologischem Gebiete gleichfalls die Tatsache zu Recht, daß Gefühlsrohmaterial und Gefühlsakt, in phänomenologischer Sphäre Gefühlsnoema und Gefühlsnoese, einen, wenn auch nicht strengen Parallelismus untereinander aufweisen. Der einstrahlende Akt durchgeistigt und belebt das Rohmaterial. Das Wahrgenommene als solches ist ein anderes, wenn es das eine Mal in evidenter, das andere Mal in nicht evidenter Noese gefaßt und erlebt wird. Wir haben nun im vorangehenden gezeigt, daß wir die Abänderung der Gefühle bei der Depersonalisation erfassen als eine Abänderung auf dem Gebiete der aktmäßigen Tätigkeit. Wir zeigten, daß es zweierlei Arten des Fühlens gibt, 1. das Fühlen, welches aus einem einheitlichen Gefühlhintergrunde hervorbricht und gleichsam sämtliches aktuell gegebenes Fühlen in sich vereinigt und 2. ein Fühlen, bei welchem diese Vereinheitlichung nicht möglich ist, weil eben ein geklärter Gefühlshintergrund nicht vorhanden ist. Wir unterschieden demnach Grade der Nichtevidenz der Gefühle je nach der Geklärtheit der vorhandenen aktuellen Tendenzen. Es muß nun hervorgehoben werden, daß eben das Rohmaterial des Gefühles gleichfalls das Unechte, das Nichtevidente, in sich aufnimmt. Es ist also die Rede von der Intaktheit des Rohmaterials nicht im strengen Sinne richtig. Es sind eben die psychischen Elemente nicht aufzufassen wie die Bausteine eines Baukastens. Im Fluß und in der Veränderung des psychischen Lebens ändert sich das Element. Eine Auffassung, die deswegen auf Schwierigkeiten stößt, weil sie sich nicht ohne weiteres in das Physiologische übersetzen läßt. Nichtsdestoweniger scheinen mir gerade die Tatsachen, die im vorangehenden besprochen wurden, eine befriedigende Erklärung nur dann zuzulassen, wenn man den Unterschied von Noesis und Noema auch auf psychologischem Gebiete gelten läßt. Im folgenden wird noch gezeigt werden, daß ähnliche Erwägungen auch auf den anderen Teilgebieten des Seelischen angestellt werden können, und wir nehmen an dieser Stelle bereits vorweg, daß ein wahrgenommenes Rot (also nicht die Empfindung!) einmal ein evidentes Rot sein kann und das andere Mal ein nicht evidentes, und daß dieser Unterschied auch, wenn ich so sagen darf, den Stoff des Rots verändert. Diese ganze Problemsphäre wird uns noch wiederholt beschäftigen. Jedenfalls — das hat Köhler kürzlich sehr treffend ausgeführt — ist auch die Annahme, daß der Konstanz der Reize entsprechend eine Konstanz der Empfindungen besteht, eine hypothetische und vorläufige.

Kommt nun einem derartigen psychischen Gebilde im psychischen Geschehen die gleiche Bedeutung zu wie dem evident gefühlten Gefühl? Es muß eine Darstellung dieser Verhältnisse deswegen unvollständig bleiben, weil ja die Gemütsbewegungen auf das engste angeschlossen sind an Wahrnehmungen, Willensakte und Vorstellungen. Wir stehen bei der Depersonalisation einem nicht bloß in einem einzelnen Element veränderten Seelenleben gegenüber. Der Depersonalisierte vollzieht auch im allgemeinen keine evidenten Wahrnehmungen und Gedanken.

Anderntеils muß wieder darauf verwiesen werden, daß einzelne Kranke sich im Leben behaupten. Es verweist das darauf, daß die Nichtevidenz den seelischen Ablauf nicht wesentlich beeinflussen muß. Man kann auch nicht sagen, daß es gerade die leichten Fälle sind, welche sich in ihrer Berufswelt zurechtfinden. Die Fälle Balls, Böttigers, Hirts, mein Fall R. S. klagen außerordentlich lebhaft über ihre Gefühle. Anderntеils muß berücksichtigt werden, daß die Unechtheit des seelischen Lebens und der Gefühle im besonderen keineswegs immer vorhanden ist. Jedenfalls sind im Krankheitsbild die ständigen Schwankungen besonders zu betonen, die schon Krishaber hervorgehoben hat, die aber von denen, die sich mit der Psychologie dieser Zustände beschäftigt haben, zu wenig berücksichtigt worden sind. In der Ablenkung vollziehen diese Individuen Synthesen. Man kann das in jedem einzelnen Falle konstatieren. Am überzeugendsten sind die Beobachtungen Janets. Das Individuum kann sich in eine Tätigkeit versenken, wenn es nicht mit seinem inneren Blicke auf die Tätigkeit gerichtet ist. Das dürfte z. B. bei dem Patienten Böttigers der Fall sein, der angibt, es ginge besser, wenn er viel zu arbeiten habe. Man sieht, wie schwierig es ist, sich auch nur im groben den Tatbestand zu vergegenwärtigen. Wenn die Kranken Janets darüber klagen, ihre Emotionen erreichten nicht ihr natürliches Ende und gelangten nicht bis zum Ziel, so wird man nach dem Gesagten nicht ohne weiteres sagen können, daß es die Unechtheit des Gefühles ist, welche den abnormen Verlauf verursacht.

Ich möchte die Ausführungen über die Gefühle nicht schließen, ohne zu notieren, wie nahe die hier vertretenen Anschauungen den Anschauungen Janets kommen, der als wesentliche Ursache einen Mangel geistiger Synthese angibt. Doch glaube ich, daß Janet bezüglich der Gefühle insofern nicht ganz richtig gesehen hat, als er den Angaben der Patienten, sie seien apathisch, zu viel Glauben geschenkt hat.

Fassen wir das über die Gefühle Ermittelte kurz zusammen.

1. Die Mehrzahl der depersonalisierten Kranken klagt über Mangel oder Abschwächung der Gefühle und Gemütsbewegungen. Daneben kommen auch Klagen über qualitative Abänderungen desselben. In einzelnen Fällen klagen die Patienten nicht über Abschwächung der Gefühle, ja es wird sogar von Übererregbarkeit gesprochen.
2. Die Ausdrucksbewegungen der Gefühle sind in ausgedehntem Maße vorhanden.
3. Es ist anzunehmen, daß die Kranken auch dann Gefühle und Gemütsbewegungen haben, wenn sie dieselben strikte leugnen.
4. Die Kranken erkennen die Gefühle deswegen nicht als ihre eigenen an, weil sie in nicht evidenter Weise vollzogen werden. Diese Nichtevidenz wird in einem neuen Akte wahrgenommen.

5. Die vergebliche Anstrengung, zur Echtheit der Gefühle zu gelangen, wird von den Kranken als quälend empfunden. Es wird der Gesamtzustand unechten Erlebens gefühlsmäßig beantwortet.

Wir bauten unsere Analyse auf die Anschauung auf, daß auch die Gefühle in Akten gegenständlich erfaßt werden. Wir fanden einen Gegensatz zwischen Gefühlen, welche auf Grund eines geklärten Sachverhalts vollzogen werden, echte oder evidente Gefühle, und zwischen Gefühlen, welchen aus anderen Schichten widersprochen wird, nicht evidente oder unechte Gefühle. Über die reale Wirkung unechter Gefühle konnten wir entscheidende Auskünfte nicht erlangen.

Die Wahrnehmungen.

Die Darstellung der Störungen der Wahrnehmung bei der Depersonalisation stößt auf geringere Schwierigkeiten als die der Gefühlstheorie. Hierzu ist noch eine Vorbemerkung notwendig. Im wesentlichen ist es den Patienten stets klar, daß nicht die Dinge ihrer Umgebung verändert sind, sondern, daß die Art, wie sie die Gegenstände wahrnehmen, eine Störung erlitten hat. Sie sind auch nicht darüber im Zweifel, daß es nicht an den Empfindungsinhalten liegt, daß sie die Dinge anders wahrnehmen, sondern an der Art, wie sie selbst die Dinge erfassen. Schon daraus geht hervor, daß der Sinnesinhalt dem Individuum in irgendeiner Form gegeben sein muß. Das soll im folgenden noch näher ausgeführt werden.

Ausführlicher seien zunächst die Angaben der Kranken über Störungen der optischen Wahrnehmung wiedergegeben. Schon deshalb, weil wir gerade an diesem Beispiel im folgenden den Versuch unternehmen werden, ein hirnphysiologisches Verständnis der Depersonalisation anzubahnen. Schon die Kranken Krishabers klagen über Nebel vor den Augen, andere sprechen von einem Schleier, oder, wie ein Kranker Oesterreichs, von einer Haut, die über sie gezogen sei. Oder aber sie sprechen von einer Mauer, die zwischen ihnen und den Gegenständen errichtet sei. Prau spricht von einem fremdartigen gespenstigen Eindruck der Dinge. Zahlreiche ähnliche Angaben machen die Depersonalisierten Janets. Es ist so, wie wenn die Dinge zum ersten Mal gesehen würden. Die Kranken Löwenfelds finden die Straßen sonderbar verändert, andere Kranke, wie z. B. der von Hirt sehen alles nur wie eine Vision, die Kranke von Deny und Camus spricht von Phantomen. Aber die Kranken sagen präzise, es ist wie eine Vision oder es ist wie ein Phantom. Meist drückt sich in den Angaben der Kranken das Wissen, daß die Gegenstände unverändert sind, noch deutlicher aus. Gottfried gibt an, die Dinge machten deshalb keinen Eindruck, weil Ideenverbindung und Gemüt fehle. Ti. klagt, daß die Alpenpflanzen keinen Eindruck auf ihn machten. Am schönsten ist die Angabe des Kranken von Hirt, der sagt, „obwohl ich sehe, ist es als ob ich blind wäre", und die eines Kranken Krishabers, „es war wie eine dunkle Atmosphäre um mich her, trotzdem sah ich sehr gut, daß heller Tag war . . . es war wie ein schlechter Leiter, der mich von der Außenwelt abschloß." Von hier zu den Angaben der Kranken Försters, sie sehe überhaupt nichts mehr, ist nur ein Schritt. Die wesentliche Differenz liegt wohl nicht im ursprünglichen seelischen Erlebnis, sondern in der Beurteilung des Zustandes. Auch die Kranke Försters sieht eben doch. Nach allem erscheint es nicht auffallend, daß die objektive

Untersuchung bei diesen Kranken im wesentlichen negativ ausfällt. Gesichtsfeld und Sehschärfe erweisen sich als intakt (Janet, Bernard-Leroy, Förster, Pick, Löwy, Deny und Camus, Försterling, eigene Fälle und andere).

Besonders merkwürdig ist, daß in mehreren Fällen verzeichnet wird, die Gegenstände würden flach gesehen (Krishaber, Janet). Böttigers zweiter Fall gibt an, daß in den Zeiten, wo es ihm besser geht, es so sei, als wenn er alles, was er sonst wie im Bilde gesehen habe, nun durch ein Stereoskop betrachte. Hier scheint ein hübscher Beweis jener Theorien des Tiefensehens gegeben, welche „Aufmerksamkeitseinflüssen" eine beträchtliche Rolle zuweisen (Jänsch). In mehreren Fällen wird angegeben, daß die Kranken die Gegenstände kleiner sahen (Krishaber, Janet, Heilbronner). Eine Angabe, die um so interessanter ist, als auch für die Vorstellungen gelegentlich ähnliche Angaben gemacht werden (Heilbronner, Pick). Die Patienten Krishabers und Janets klagen über Doppelsehen. Hier macht die Angabe Janets stutzig, daß eine seiner Patientinnen bei der exakten Prüfung zugeben mußte, einfach zu sehen. Es ist hier zu erinnern, daß Bernard-Leroy gezeigt hat, daß auch bei der Fausse reconnaissance die Gegenstände entfernter und kleiner erscheinen. Eine Erklärung dieser eigenartigen Tatsachen müßte, wie vorweg genommen sei, daran anschließen, daß Raumwahrnehmung und Größenschätzung Aufmerksamkeitseinflüssen unterworfen sind. Leider sind die bisherigen Beobachtungen dieser interessanten Phänomene nicht so ausführlich mitgeteilt, daß man mit Sicherheit schließen könnte, die Patienten hätten die Gegenstände wirklich flach und klein gesehen. Ein definitives Urteil ist demnach derzeit noch nicht möglich. Berücksichtigt man die Angabe des einen Patienten von Hesnard, daß ihm Gegenstände unendlich weit entfernt scheinen, trotzdem er ihre wirkliche Distanz genau erkenne, so wird man sehr zur Vorsicht gemahnt. Andernteils ist aber auch hier die Erklärung möglich, daß die Einstellung vom Wahrnehmungsakte weg die richtige Auffassung ermöglicht. Wir verweisen wieder auf die häufigen Schwankungen des Zustandes.

Es ist bemerkenswert, daß bei einem Teil der Patienten die Wahrnehmung des Optischen quantitativ gesteigert erscheint. So sieht der Patient von Dugas jedes Detail, wenn er einen Wald sieht, und meine Patientin Johanna gibt an, bisweilen mit außerordentlicher Klarheit zu sehen. Beide Angaben wird man nicht beziehen dürfen auf eine Abänderung der Empfindungsinhalte, sondern auf eine besondere Erfassung derselben. Insbesondere in dem Falle von Dugas kommen noch eine Reihe von komplizierten Fragen hinzu, welche nicht ohne weiteres beantwortet werden können. Immerhin glaube ich, daß in beiden Fällen eine abnorme Klarheit des Sehens zustande gekommen ist.

Etwas kürzer kann ich mich über die Erscheinungen auf anderen Sinnesgebieten fassen, da die Angaben im Prinzip denen entsprechen, welche über den Gesichtssinn gemacht werden. Wir schicken voraus: „Objektive" Störungen finden sich auf keinem Sinnesgebiete.

Gottfried gibt an, nicht „seelisch" zu hören, wiewohl er zugeben muß, die Worte zu verstehen. Die Patientin Johanna gibt an, bei der Musik nichts zu empfinden. Eine andere Patientin ist es nicht selbst, die hört. Ein Kranker Hirts sagt, was ich höre, ist wie eine Täuschung. Eine Patientin Böttigers hört die Stimme der mit ihr Sprechenden wie aus weiter Ferne und dumpf.

Auch das Ohrenklingen, das sie bekommt, ist nicht hell wie früher, sondern tief und dumpf. Eine andere Patientin des gleichen Autors erschrickt nicht mehr, wenn etwas zur Erde fällt. Wieder einem anderen Patienten sind die Stimmen der anderen undeutlich, dumpf und taub. Eine Kranke Juliusburgers: Sie höre sprechen und höre doch nichts. Sämtliche Kranken, die darüber Angaben gemacht haben, berichten davon, daß ihre eigene Stimme in sonderbarer Weise anders geworden sei. Gelegentlich kommen auch auf akustischem Gebiet Angaben über Überempfindlichkeit vor. Ein Kranker Krishabers glaubt den Lärm der Stadt nicht ertragen zu können. Johanna gibt an, sie müsse ihre Mutter bitten, nicht so zu schreien. Auch ein Kranker von Dugas hört das Gesprochene während der Krankheit lauter als sonst.

Auch auf dem Gebiet des Tastsinns ist ähnliches zu verzeichnen. Dem Kranken von Hirt ist es, wenn er eine Holzplatte betastet, als wenn er nicht wirklich fühlte. Die Kranke von d'Allonnes spürt keine innere Reaktion auf Temperaturreize. Ähnliches bei dem Fall 2 Böttigers. Schmerzreize wirken nicht mehr auf das Individuum. Es ist sehr fraglich, ob die Meinung berechtigt ist, daß in dem Falle von d'Allonnes wirklich eine Anästhesie gegen Schmerzreize besteht, wie der Autor annimmt, vielmehr ist es durchaus wahrscheinlich, daß die „Analgesien" ebenso zu werten sind, wie die Blindheit der Patienten.

Sehr ähnlich sind wiederum die Klagen über Änderungen der Geruchs- und Geschmacksempfindungen. So z. B. die Angaben Gottfrieds. Dieser ißt auch ohne weiteres eine außerordentlich stark versalzene Suppe. Der Fall 3 Böttigers klagt darüber, daß sie selbstgekochte Speisen nicht kontrollieren kann. Sie schmeckt dieselben schwach und fade.

All das verdichtet sich bei den Patienten zu der Angabe, sie lebten wie im Traum, die in fast allen Krankengeschichten wiederkehrt (Janet, Pick, Böttiger etc.). Die ganze Umgebung ist angstvoll, alles ist merkwürdig, unnatürlich, unbegreiflich. Die Dinge sind so, wie wenn man sie lange Zeit nicht gesehen hätte. Sie klagen, sie fänden sich nicht zurecht, so z. B. Johanna. Gottfried sagt: „Ganz nebelhaft weiß ich, wo ich bin." Bei Taine-Krishaber heißt es, es sei, wie wenn ein Schleier über den Gegenständen läge. Ähnliche Klagen bei Janet. Die Dinge rücken in die Ferne. Die Welt erscheint als ungeheure Halluzination. Eine Patientin Janets sieht den Triumphbogen und meint, es sei eine Kopie des eigentlichen irdischen, die auf irgendeinem Planeten gemacht worden sei. Ähnliche Angaben, zum Teil unter den gleichen Redewendungen macht ein Patient Krishabers. Diese Fremdheits- und Neuheitsgefühle treten in gleicher Weise bei bekannten Dingen auf. Bei einzelnen Patienten steigert sie sich, bei neuen, bei anderen bei den altgewohnten Eindrücken.

Schon bei den mitgeteilten Äußerungen ist auffallend, daß die Störungen ausgesprochener werden, je mehr die betreffenden Wahrnehmungen zum eigenen Körper gerechnet werden. Sie sehen alle ihr Gesicht im Spiegel verändert, starr und verzerrt. Ihre eigene Stimme hören sie verändert und sonderbar, sie erschaudern bei dem Klang derselben. Sie sind es nicht selbst, die sprechen. Gottfried erscheinen seine Bewegungen abgehackt, der Körper sei wie tot, er hat das Gefühl, daß in einem leeren Kopfe ein Dynamo sauste. Der Körper erscheint den Kranken zu leicht. Es ist ihnen, als ob sie fliegen könnten. Eine Kranke Löwys sagt wieder: „Ich fühlte ihn (den Körper) nicht für mich, sondern für ihn selbst." Das Gehirn ist den Kranken wie tot. Es ist nicht

nötig, einzelne Angaben zu machen, denn die Angaben der Kranken der verschiedensten Länder, Stände und Altersklassen decken sich vollkommen. Die Kranken suchen im Bett ihre Glieder (Förster, Deny und Camus, Bernard-Leroy). Ein Kranker Picks klagt, seine Augen seien wie zwei Löcher, durch die er schaue. Es muß erwähnt werden, daß die objektive Prüfung der Tiefensensibilität stets normale Resultate gibt, bei keinem einzigen der Kranken finden sich Störungen der Lageempfindung, bei keinem findet sich Ataxie.

In die gleiche Gruppe von Störungen gehört, daß die Kranken angeben, Harn- und Stuhldrang nicht mehr zu empfinden. Dabei sind sie jedoch kontinent und es finden sich keine objektiven Zeichen der Störung dieser Organe. Wenn d'Allonnes diese für erwiesen hält, so muß seine Angabe als irrtümlich erklärt werden. Durch kalte Einläufe kann die Sensibilität der inneren Organe nicht geprüft werden. Vielmehr spricht das Fehlen der sicheren objektiven Zeichen der Störung, der Blasen- und Mastdarmstörung entschieden dafür, daß auch hier das Rohmaterial nicht angetastet ist. Es sei hervorgehoben, daß unser Patient R. S. über Störungen auf dem Gebiete der Körpersensibilität überhaupt nicht klagt (wiewohl er eigens hiernach gefragt wurde).

Den höchsten Grad der Störung erreichen die Kranken, wenn sie angeben, sie fühlten sich wie tot, wie leblos, seien nur Schatten. Allerdings spielt gerade bei diesen Klagen sehr wesentlich die Störung des Denkens und Fühlens mit. Wir kommen auf diesen Punkt noch im folgenden zurück.

Der Tatbestand ist also im wesentlichen der, daß die Kranken auf sämtlichen Sinnesgebieten schwerwiegende Klagen äußern und daß gleichwohl mit unseren heutigen Methoden eine objektive Störung nicht nachweisbar ist. Ebenso klagen die Kranken über sämtliche Wahrnehmungen, die aus ihren eigenen Körper stammen, ohne daß sich objektiv eine Störung des Empfindungsmateriales nachweisen ließe. Während jedoch die Kranken die Außenwelt nur als seltsam, fremdartig bezeichnen, finden sie sich selbst in viel weit gehenderem Maße verändert und es wird die Existenz der Körperwahrnehmungen geleugnet. Nur ein Gebiet zeigt häufig, wie wir seit Krishaber wissen, objektive Störungen: Die räumliche Orientierung. Wir kommen darauf zurück.

Wir legen uns zunächst die Frage vor, weshalb die Kranken die Außenwelt fremdartig und verändert wahrnehmen, wenn das Rohmaterial der Empfindungen keine faßbare Störung erlitten hat. Bevor ich mich dieser Frage zuwende, sei kurz eine Selbstbeobachtung mitgeteilt. Es handelt sich um die Auffassung musikalischer Eindrücke.

Mittags kleiner Ärger. Stimmung im allgemeinen gedrückt. Schwüler Tag. Müdigkeit. Nachmittags intensive Arbeit. Ich komme abgehetzt in das heiße Theater. Hatte schon vorher keine rechte Lust dazu. Ärgere mich ein wenig, daß ich meine Schlüssel vergessen habe. Es glückt mir nun nicht, die Musik richtig zu erfassen. Ich sitze da und höre mit voller sinnlicher Deutlichkeit, was gespielt wird (es handelt sich um die mir sehr gut bekannten Meistersinger). Höre die Melodie und kann gar nichts richtiges damit machen, trotzdem ich genau weiß, daß es sehr schön ist. Ich kann innerlich nicht mitgehen. Die „Aufmerksamkeit" gleitet ab; ich denke wider Willen an das Abendessen, zwinge mich dann wieder zum Zuhören, das gleiche Spiel. Es setzt nun Analyse des Zustandes ein, das Ganze ist unangenehm und peinlich. Die Ouvertüre scheint sehr lange zu dauern. Als sie fertig ist, frage ich mich,

was ich gehört habe. Ich habe keine detaillierte Erinnerung an die jetzige Meistersingerouvertüre. Es ist wesentlich: Die Unfähigkeit, in der Sache zu leben und mitzugehen. Ich sehe und höre alles ganz deutlich, aber es ist nichts. Ich kann meine Aufmerksamkeit zuwenden, aber ich muß sie zuwenden, sie ist nicht dahin gerichtet.

Die elementaren Gefühle sind in diesem Zustand nicht verschwunden. Sogar die Musik selbst war mit Gefühlen verbunden, nur war ich auch in diesen nicht voll darin. Ich kenne übrigens diese zeitweise Unfähigkeit, Musik zu erleben, schon seit langem bei mir.

Vergegenwärtigen wir uns den Tatbestand, so liegt vor: Eine mangelhafte Versenkung des Individuums in den Gegenstand. Er entgleitet ständig dem geistigen Griff. Die Anstrengung, ihn immer wieder zu fassen, wirkt quälend und gerade diese Insuffizienz bewirkt, daß die Aufmerksamkeit vom Gegenstande weg auf das Erleben selbst hinwandert. Es ist nicht möglich, eine eindeutige Folge zu konstruieren. Man kann nicht ohne weiteres sagen, die Mangelhaftigkeit des Erfassens ist primär, die Selbstbeobachtung sekundär oder umgekehrt. Psychisch verständlich ist sowohl das eine als auch das andere. Jedenfalls sind derartige Erlebnisse lehrreich. Sie zeigen, daß das Individuum den wahrnehmenden Akt in voller Einheitlichkeit von innen heraus vollziehen muß. Sicher ist beim Erfassen eines komplizierten Musikstückes eine weit größere Fülle von Einzelmomenten im Erlebnis vereinheitlicht als beim Hören eines einzelnen Tones oder beim Sehen eines Gegenstandes. Aber im Grunde ist meines Erachtens das Anhören der Meistersinger-Ouvertüre ein Erlebnis, das gleichzusetzen ist der Wahrnehmung eines Baumes oder irgendeines Gegenstandes. In allen diesen Fällen kommt eine nicht evidente unechte Wahrnehmung zustande, wenn die Tendenz, sich dem Gegenstande zuzuwenden, einen Widerspruch erfährt durch irgendeine anders gerichtete Tendenz.

Dies scheint mir tatsächlich der psychische Tatbestand bei der Depersonalisation zu sein. Auch bei dieser die Mangelhaftigkeit der Wahrnehmung, die nach Vervollständigung drängt. Auch bei dieser die Selbstbeobachtung. Man muß nun wieder sagen, auch für die Depersonalisation kann nicht eine eindeutige Folge der einzelnen Erlebnisse konstruiert werden.

Wir haben immer von Widersprochenheit der Wahrnehmungstendenz gesprochen. Wir haben zu fragen, was widerspricht denn eigentlich. Ein Widerspruch ist jedenfalls gegeben in der Tendenz zur Beobachtung des Wahrnehmungsaktes. Freilich ist auch denkbar, daß der Widerspruch ursprünglich anders repräsentiert war, z. B. in meinem Falle durch die Gedanken an einige banale Alltagserlebnisse. Man muß diese beiden Möglichkeiten sich stets vor Augen halten. Die Selbstbeobachtung, die hinzutritt, verstärkt aber zweifellos die Unechtheit des Erlebens. Wir werden bei der genetisch-psychologischen Erklärung auf diese Dinge noch zurückkommen müssen. Jedenfalls ist es dem nacherlebenden Verständnis leichter faßbar, daß nicht irgendwie plötzlich Selbstbeobachtung einsetzt, sondern, daß irgendein tieferer Affekt die Zuwendung aus voller Persönlichkeit hindert und sekundär erst Selbstbeobachtung hervorruft, die ihrerseits einen neuen Widerspruch gegen die Versenkung in die Dingwelt darstellt.

Zwei Punkte möchte ich noch besonders hervorheben. Es ist durchaus Ich, der die Musik hörte und nicht etwa irgendein Unpersönliches. Ich bin es

nur nicht ganz. (Es ist auch etwas anderes als die automatische Handlung des Alltagslebens.)

Man kann auch nicht sagen, daß die Persönlichkeit in dem Sinne, wie wir sie oben charakterisiert haben, in diesem Erleben nicht darin sei, sie ist da, aber wieder nicht vollständig. Wenn also Dugas und Moutier davon sprechen, es fehle der Persönlichkeitskoeffizient, so kann ich das auch nicht für richtig halten.

Man kann auch den Zustand nicht mit Unaufmerksamkeit schlechthin bezeichnen. Ich wende mich ja dem Gegenstand ständig zu und setze fortwährend determinierende Tendenzen im Sinne des Erfassens. Ja, es gelingt auch immer wieder, Stücke des Gegenstandes in den geistigen Griff, in das Aufmerksamkeitsfeld zu bekommen. Nur bleibt der Gegenstand nicht im geistigen Griffe, weil der Griff ein unechter ist und die Anstrengung des Fassens muß erneuert werden. Also die Willensanstrengung zur Aufmerksamkeit ist geradezu eine gesteigerte und anderenteils ist diese immer wieder von teilweisen Erfolgen begleitet. Und nun können wir sagen, der Tatbestand ist ein vollständig anderer als bei der hysterischen Anästhesie. Bei dieser werden tatsächlich gewisse Erlebnisse nicht beachtet oder es wird von dem Beachteten der Blick abgewendet. Hier jedoch richtet sich der Wille starr auf die Wahrnehmung des Objektes.

Wir können jetzt eine synthetische Darstellung der Störung der Wahrnehmung bei der Depersonalisation geben. Trotz der Willensanstrengung ist die Wahrnehmung eine unbefriedigende und dieses Unbefriedigende fesselt die Zuwendung und verhindert ein weiteres Fortschreiten der Wahrnehmung. Es ist zweierlei nachweisbar: Die Unvollständigkeit des Erlebens und die ständige Richtung des inneren Blicks auf diese Unvollkommenheit. Gelingt durch Überrumpelung eine Durchbrechung dieses Circulus vitiosus, so nehmen die Patienten sehr gut wahr und leben in Wahrnehmungsobjekten, die sie nicht erfassen können, wenn sie sich direkt auf das Erlebnis richten. Denn diese direkte Richtung auf das Erleben erzeugt bei ihnen sofort eine Einstellung vom Objekt weg auf die Tätigkeit und diese Einstellung stellt eine Tendenz dar, welche der Wahrnehmung widerspricht. Man versteht derartig unvollständigen quälenden Erlebnissen gegenüber, daß die Kranken sagen, sie hätten überhaupt nichts wahrgenommen. Bildlich könnte ich auch sagen, es sei als ob ich die Meistersinger-Ouvertüre nicht gehört hätte, und wenn ich ein Musikstück, das ich nicht kenne, in ähnlicher Verfassung höre, so kann ich nicht behaupten, dasselbe kennen gelernt zu haben.

Nun kommt ein neues hinzu: Wir haben ausgeführt, daß mit der Änderung des beseelenden Aktes eine Änderung im Noema, also in diesem Falle des Wahrgenommenen als solchen einhergeht. Aber ebenso, wie ich dann, wenn ich einen Gegenstand aus dem Hintergrunde in den geistigen Griff bekomme, sehr wohl weiß, daß dieser Gegenstand der gleiche ist, wie der, der früher außerhalb meines Griffes war, wiewohl er jetzt klarer und distinkter erscheint (wenn er aufmerksam gesehen wird), so weiß der Depersonalisierte von der Identität des Wahrgenommenen. Gleichwohl ist ihm das Wahrgenommene als solches verändert, weil sein Erfassen ein anderes, ein unechtes wurde. An seiner früheren Wahrnehmung gemessen wird also der Gegenstand jetzt anders erscheinen trotz des Wissens um die Identität der Gegenstände. Der Kranke wird die Gegenstände als fremd oder neu bezeichnen oder besser er wird sagen, die Dinge sind,

als ob sie fremd oder neu seien. Und dieses Erleben wird sich ihm immer wiederholen, da er die Unvollkommenheit der Wahrnehmung immer von neuem als Qual empfindet und in zwangsmäßiger Sebstbeobachtung an seinem früheren Erleben mißt. Hierzu kommen die beträchtlichen Schwankungen, die zum Wesen der Depersonalisation gehören (kein Depersonalisierter vollzieht ausschließlich unechte Akte). Es ist zu fordern, daß bei der Rückkehr zu normalem Erfassen neuerdings Fremdheitserlebnisse auftreten. Hier finden sich Belege in einem Falle Böttigers. Nicht so ausgesprochen bei unserem Patienten R. S.

Selbstverständlich steht das Aktgeschehen der Wahrnehmung im seelischen Leben nicht isoliert. Es knüpfen sich durchaus andere Gefühlsreaktionen an unvollständige und widersprochene Wahrnehmungsakte als an vollständige und unwidersprochene. Bedeutet doch der unvollständige Wahrnehmungsakt ein stetiges Mißlingen.

Auch der Ablauf der Assoziationen, des Denkens wird durch derartige Erlebnismodifikationen mit ihrer ständigen abnormen Einstellung auf das eigene Erleben auf das Schwerste beeinträchtigt werden. Das alles sind deskriptiv nachweisbare Dinge.

Man muß sich gegenwärtig halten, daß jedoch diese abnormen Einstellungsvorgänge in verschiedener Richtung tätig sein können. In einzelnen Fällen wird von abnormen lebhaften Wahrnehmungen berichtet. Hier wird man sagen müsse, die Aufmerksamkeit wird von dem Gegenstande gefesselt. Man sieht sofort, daß auch diese Fesselung der Aufmerksamkeit gegen die Tendenz des Individuums sich durchsetzen kann.

Der Depersonalisierte nimmt also die Gegenstände wahr, er erkennt sie und erkennt sie auch wieder, aber Wahrnehmung, Erkennen und Wiedererkennen befriedigen ihn nicht. Die Aufmerksamkeitsphänomene sind hiervon bis zu einem gewissen Grade unabhängig. Der häufigere Fall ist, daß die Aufmerksamkeit nicht an dem Gegenstand haftet, der seltenere, daß sie von ihm gefesselt wird. Auch die aufmerksame Erfassung ist aber eine unbefriedigende. Das Gesagte läßt sich ohne weiteres auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers ausdehnen.

Ich habe oben bereits ausgeführt, daß eine objektive Störung im Gebiete der Gemeinempfindungen nicht nachweisbar ist. Im Gegenteil, es sprechen alle Kriterien, die uns zur Verfügung stehen, für das Erhaltenbleiben der Empfindungen im engeren Sinne. Ich kann auf das hindeuten, was ich für das Erhaltenbleiben der Empfindungen als beweisend ansah. Auch hier muß berücksichtigt werden, daß dort, wo eine wirklich objektive Kontrolle möglich ist, bei den Sinnesempfindungen, sich die Angaben der Kranken nicht im wörtlichen Sinne als richtig erweisen. Ich halte also die Annahme von Revault d'Allonnes für unrichtig. Ich betone das um so schärfer, weil die psychologische Literatur die Angaben Revault d'Allonnes bereits vielfach übernommen hat (insbesondere Meumann und Becher). Unsere positive Deutung bewegt sich in gleicher Richtung wie die Deutung der Klagen über die Abänderungen der Sinnesempfindungen. Es ist kein Anlaß vorhanden, die Beweisführung zu wiederholen.

Nun eine kurze Kritik der Anschauungen anderer Autoren. Diejenigen Theorien, welche die Entfremdung der Wahrnehmungswelt auf ein Fehlen oder eine Herabsetzung der Gefühle (Oesterreich und Hirt u. a.) und auf das

Fehlen oder die Herabsetzung der Gemeinempfindungen beziehen wollen (Revault d'Allonnes, Ribot), erledigen sich nach den bisherigen Ausführungen von selbst. Ich kann eben weder das Fehlen der Gefühle, noch das Fehlen der Gemeinempfindungen anerkennen. Eine Herabsetzung der Gefühle und Gemeinempfindungen ist gleichfalls nicht nachgewiesen. Freilich haben wir eine Änderung des Gefühlslebens konstatiert und ich glaube auch, daß diese in dem Gesamteindruck „alles sei fremd" eine gewisse Rolle spielen wird. Entscheidend ist sie nicht.

Förster, Juliusburger und auch Heilbronner sprechen von einer mangelhaften Beachtung der Organgefühle (jedenfalls von einer Affektion der Somatopsyche im Sinne Wernickes). Diese Theorie ist meiner Ansicht nach nicht durch deskriptive Ergebnisse hinreichend gestützt. Ähnlich ist die myopsychische Theorie (Storch) zu bewerten.

Bergson hat an eine Störung der sensorisch-motorischen Beziehungen im Organismus gedacht, welche durch eine Art psychischen Schwindels die Beziehung der zentralen seelischen Faktoren zur Wirklichkeit schädigte. Es ist das eine Anschauung, die unserer insofern verwandt ist, als auch wir die Beziehungen des zentralen Ichs zur Außenwelt als verändert annehmen. Doch glaube ich nicht, daß im Erlebnis sich auch nur irgendwie eine Lockerung der sensorisch-motorischen Mechanismen nachweisen läßt.

Löwy spricht von einem Fehlen des Wahrnehmungsgefühles. Wie ich schon im vorangehenden ausführte, kann ich spezifische Aktgefühle nicht konstatieren. Hiermit fällt auch die Annahme Löwys. Sie enthält einen richtigen Grundgedanken, auf den ich noch zurückkomme.

Ein Fehlen des Bekanntheitsgefühles kann, wie schon Oesterreich gegen Pick[1]), Bernard-Leroy erwähnt, nicht angenommen werden, weil ja die Patienten die Gegenstände tatsächlich wiedererkennen. Niemals sagen sie, die Gegenstände sind fremd, sondern es heißt immer nur, es sei, als ob die Gegenstände fremd seien. Es würde das Bekanntheitsgefühl, wenn man die Annahmen jener Autoren akzeptiert, zu einem belanglosen Epiphänomen werden, was wohl den Anschauungen jener Autoren nicht entsprechen würde. Es verzichtet diese Erklärung auch auf ein tieferes Eindringen, da sie ein Gefühl setzt, ohne zu erklären, wie es zustande kommt. Es muß überhaupt die Frage aufgeworfen werden, wie weit es berechtigt ist, in Gefühlen so komplizierte logische Wissensinhalte zu geben, wie das in diesen Theorien geschieht. Wenn ich von einem Gefühl des Wiedererkennens spreche, so sagt das, daß dieses Gefühl das Wissen, schon einmal gesehen zu haben, in sich irgendwie enthält. Nun gibt es Grade der Gewißheit und Klarheit des Wiedererkennens, auch das müßte in dem Gefühle enthalten sein. Noch komplizierter wird die Sachlage, wenn wie bei unseren Patienten, ein Fremdheitsgefühl auftritt trotz des Wissens, daß der Gegenstand bekannt ist. Bleibt das Bekanntheitsgefühl aus, so muß gefragt werden, weshalb trotzdem gewußt wird, daß der Gegenstand bekannt ist. Ich glaube, daß die Gefühle der Bekanntheit höchstens einen Wegweiser für spätere logische Operationen darstellen. Sie machen gleichsam aufmerksam. Die Sachlage wird dadurch so kompliziert, daß, wie wir seit den Untersuchungen Messers wissen, Gedanken gleichsam als Keime vorhanden sein können. Eine weitere

[1]) Pick hat daneben allerdings auch andere Gesichtspunkte hervorgehoben.

Schwierigkeit bereitet die Abgrenzung von den Gestaltqualitäten. Wir sind des Eingehens auf diese schwierigen Fragen enthoben, weil bei der Depersonalisation weder ein Fehlen des Bekanntheitsgefühles, noch das Auftreten eines Fremdheitsgefühles wirklich beobachtet ist. Sie sind theoretisch postuliert.

Ein schwächeres Sichandrängen von Assoziation (Heymans) kann man allerdings bei Depersonalisierten beobachten. Es gehört aber nicht zum Wesen der Sache. Vor allem müßte, — falls hier wirklich etwas für die Erkrankung Wesentliches vorliegt — erwartet werden, daß die Gegenstände nicht nur fremdartig scheinen, sondern auch fremd sind [1]).

Auf die Anschauungen von Dugas und Moutier brauche ich nicht mehr eingehender zurückzukommen. Ich kann nicht finden, daß den Erlebnissen der Depersonalisierten der Persönlichkeitskoeffizient fehlt.

Janet spricht von einem Nachlaß der geistigen Synthese, von einem Nachlaß der geistigen Spannung (ähnlich auch Hesnard). Gerade zu diesem Resultate sind wir auf Grund unserer Erwägungen gelangt. Janet spricht zwar auch von Gefühlen der Unvollständigkeit (sentiments d'incomplétude) und zählt hierzu das Gefühl der Unvollständigkeit der Sinneswahrnehmungen und die Fremdheitsgefühle. Aber er ist sich der komplizierten Grundlage dieser Gefühle sehr wohl bewußt und begnügt sich nicht, dort einfach ein Gefühl zu setzen, wo sich Schwierigkeiten der Deutung ergeben. Janet scheint bereits den Ausdruck: Gefühl hier nur als Verlegenheitsausdruck aufzufassen. Wir haben hier versucht, diese Analysen zu vertiefen und zu präzisieren.

Es erübrigt noch kurz auf jene Theorien zu sprechen zu kommen, welche von einer Veränderung der Wahrnehmung sprechen. Es ist im vorangehenden ausführlich gezeigt worden, daß das Rohmaterial der Empfindungen unverändert erhalten ist. Freilich ist nach unseren Begriffen die Wahrnehmung der Dinge doch gestört, und es ergibt sich hier für uns doch eine gewisse Berührung zu den sensualistischen Theorien von Taine, Krishaber, Ribot [2]) und Störring. Insbesondere ergeben sich Berührungspunkte zu der Anschauung von Störring, der von einer veränderten Wahrnehmungsfähigkeit spricht. Ich komme auf diese Dinge zurück, wenn ich über die Hirnphysiologie der Depersonalisation spreche.

Fasse ich die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so läßt sich sagen:

1. In der Mehrzahl der Fälle von Depersonalisation wird über Veränderung der Wahrnehmung auf allen Sinnesgebieten geklagt. Meist werden die Eindrücke als fremdartig und neu bezeichnet, wobei den Kranken bewußt bleibt, daß die Veränderungen in ihnen selbst ihren Ursprung haben. In den ausgesprochensten Fällen geben die Patienten an, nicht wahrnehmen zu können. In vereinzelten Fällen wird über zu große Deutlichkeit der Sinneseindrücke geklagt.
2. Im allgemeinen sind die Klagen der Patienten über Veränderungen der Gemeinempfindungen besonders lebhaft.

[1]) Die Angaben von Lipps, die Oesterreich anführt, beziehen sich nicht direkt auf die Depersonalisation.

[2]) Ältere Auffassung, s. o.

3. Die objektive Untersuchung läßt erkennen, daß das Empfindungsmaterial im engen Sinne keine Störung erlitten hat. Auch dafür, daß die Gemeinempfindungen gestört sind, ergeben sich keine Anhaltspunkte.
4. Die Abänderung der Wahrnehmung kommt dadurch zustande, daß die Patienten die Fähigkeit verloren haben, sich den Eindrücken voll hinzugeben oder besser die Eindrücke ungeteilt zu erfassen.
5. Es ist wahrscheinlich, daß die geänderte Gesamtverfassung des Individuums Teilursache des Eindrucks der Fremdheit und Neuheit der Gegenstände ist.
6. Auch die Unmöglichkeit, evidente Wahrnehmungen zu vollziehen, wird als quälend empfunden.

Für die Lehre von der Wahrnehmung ergibt sich als wesentliches Resultat, daß es notwendig ist, in einer Wahrnehmung voll und ganz darin zu sein, damit sie als echt empfunden wird. Aber auch die unechten Wahrnehmungen gehen vom Ich aus und sind ichhafter Natur, sie sind nicht unpersönlich, sondern die Persönlichkeit ist nur zum Teil in ihnen.

Anhang.

Eine Reihe von Erscheinungen hat in unserer Darstellung noch keine genügende Berücksichtigung gefunden. Zunächst die körperlichen Sensationen, die fast bei allen unseren Patienten anzutreffen sind. Krishaber hat bereits auf die Sensationen hingewiesen, über welche die Patienten klagen; es sind Ohrensausen, Gefühl des Würgens, Blasenspringen im Kopfe, Erscheinungen von seiten des Herzens (übrigens auch schon Billod).

Man kann, wenn man die Kasuistik durchsieht, alle möglichen Sensationen antreffen, sehr viele beziehen sich auf das Gehirn. Hesnard hat eine Fülle derartiger Bemerkungen zusammengestellt. Das theoretische Interesse, das diese Erscheinungen bieten, ist nicht so groß, daß ich Details anführte. Eine Erklärung ist unmöglich, man käme über haltlose Vermutungen nicht hinaus. Jedenfalls ergeben sich Übergänge zur Coenésthopathie. In dem Falle Billods ist sogar wegen eines Schmerzes in der Scheitelgegend die Trepanation durchgeführt worden.

Bei einer Reihe von Patienten wird auch über Pseudohalluzinationen und Halluzinationen berichtet, man lese die Krankengeschichte unserer Patientin Johanna daraufhin durch. Es sind wohl vorwiegend pseudohalluzinatorische Erlebnisse, über die sie berichtet, so z. B. wenn sie erzählt, daß sie nach einem Gespräch mit dem Referenten diesen später vor sich stehen sah. In dem Falle von Löwy wird über Halluzinationen berichtet, eine größere Bedeutung im Krankheitsbilde kommt diesen Erscheinungen wohl nicht zu, in der Mehrzahl der Fälle ist nichts davon berichtet. Ein Fall von Seglas ist deswegen bemerkenswert, weil die entsprechenden Erlebnisse sich zwanglos als Übertreibungen der hypnagogen Halluzinationen des Normalen darstellen.

Größere Bedeutung haben die Störungen des Schlafes; mein Patient Gottfried behauptet, er könne nicht schlafen. Eine Angabe, welche durch die Beobachtung nicht bestätigt wird. Eine Erklärung liegt wohl darin, daß er angibt, das Gefühl der Erquickung und des Schlafes fehle, in den übrigen Fällen habe ich nichts Entsprechendes gefunden. Janet hat die Schlafstörungen der

Psychasthenischen eingehend beschrieben, auch eine seiner Patientinnen hat morgens den Eindruck, nicht geschlafen zu haben. Hesnard hat in Anlehnung an Regis und Damelon eine Reihe von hierher gehörigen Angaben gemacht. Regis hat bereits darauf verwiesen, daß sich die Depersonalisation in den Schlaf hinein fortsetzen kann, eine seiner Patientinnen schläft nur mit dem Hinterkopf, nicht mit dem Vorderkopf. Der Körper ruht aus, nicht die Gedanken. Ähnliches berichtet Oesterreich. Auch ein Fall von Hesnard selbst ist zum Vergleich heranzuziehen. Krishaber verzeichnet bei seinem Patienten Cauchemar (auch Löwy).

Auch hier glaube ich auf eine eingehende Analyse verzichten zu können; bezüglich der Verdoppelungserscheinungen im Schlafe müßte sie auf die gleichen Mechanismen verweisen, wie sie bei der Analyse des Wachzustandes aufgezeigt wurden. Die Analyse der übrigen Störungen würde uns von unserem Thema zu weit abführen.

Schließlich noch zwei wichtige Punkte: Die Patienten klagen über räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen.

Es ist im vorangehenden versucht worden, die Möglichkeit elementarer Raumsinnstörungen zu erweisen. Bei der Mehrzahl der beobachteten Fälle mit Orientierungsstörungen sind jedoch die Störungen anders begründet. Zweifellos handelt es sich darum, daß zufolge abnormer Einstellungen zur Orientierung wesentliche Teilstücke nicht zum Bewußtsein gelangen (Fälle von Krishaber). Heveroch hat hier wie überall die Angaben der Patienten reproduziert, ohne eine tiefere Analyse zu versuchen.

Viel schwieriger sind die Störungen des Zeitsinns zu deuten. Zunächst sei darauf verwiesen, daß nach der Untersuchung von d'Allonnes objektive Störungen des Zeitsinns nicht vorhanden sind. Aber eine verhältnismäßig große Anzahl von Patienten klagt über Störungen des Zeitbewußtseins. Ein Fall Krishabers ist sich bewußt, von seinem früheren Leben sehr weit entfernt zu sein, einer der Depersonalisierten Janets gibt an, das Wort Zeit hätte für sie überhaupt den Sinn verloren. Eine Psychasthenische Janets klagt, es scheine ihr, daß es keine Zeit gäbe. Die Patientin Löwys gibt an, ihre Gedanken so zu denken, als ob sie Gedanken aus der Vergangenheit denke. Auch Heverochs Patientin ist alles wie längst vergangen. In die gleiche Kategorie gehört wohl, daß unsere Patienten bisweilen in ausgeprägter Weise das Symptom der „fausse reconnaissance darbieten. Dieses zeigt auch, wie noch zu erwähnen sein wird, psychologische Beziehungen zu dem Depersonalisationsphänomen.

Eine wirkliche Erklärung der Phänomene scheint mir bei der Schwierigkeit aller Probleme, die mit dem Zeitbegriff zusammenhängen, derzeit noch nicht möglich, es seien nur folgende Punkte hervorgehoben. Die Beziehungen der Erlebnisfülle, des Aufgehens im Erleben zur Zeit sind bekannt. Sind wir in einer Sache voll darin, leben wir ganz in ihr, so entschwindet uns vollkommen der objektive Maßstab für die verflossene Zeit. Die Zeit vergeht uns im Fluge. Alles ist gleichsam Gegenwart. Nach dem treffenden Ausdruck Janets beruht die Störung bei Psychasthenischen darauf, daß sie keine Gegenwart haben. Sie leben nicht vollkommen in dem, was sie erleben, freilich ist dieser Ausdruck Janets nur ein bildlicher. Das gegenwärtige Leben unterscheidet sich von dem vergangenen nicht nur dadurch, daß wir in ihm voller leben, sondern es ist eben auch, und das läßt sich nicht weiter analysieren, eben das gegenwärtige Erleben.

Wenn also die Patientin Löwys angibt, sie denke ihre Gedanken, als ob sie vergangene Gedanken dächte, so besagt das nur, daß sie ihre gegenwärtigen Gedanken nicht mit jener ungeteilten Erlebnisfülle erlebt, wie es den aktuellen Gedanken zukommen würde. In der Tat ist mir kein Fall bekannt, in dem die Patienten Gegenwart und Vergangenheit wirklich verwechselt hätten. Freilich sind hiermit nur die primitivsten Behelfe zu einer künftigen Lösung des Problems gegeben. Eine Analyse des déjà vue versuche ich hier überhaupt nicht und verweise auf die Arbeiten von Janet, Bergson, Rosenberg, Dugas, Dromard und Albés, Grasset, Bernard-Leroy, Fischer etc.

Die Vorstellungen und Erinnerungen.

In der Mehrzahl der einschlägigen Fälle wird über mangelhaftes Vorstellungsvermögen geklagt. So gibt Gottfried an, er könne sich seinen Vater nicht vorstellen. Er könne auch keine Auskunft geben, wie es in L. aussehe. Er negiert entschieden, sich seinen Bruder vorstellen zu können, gibt aber eine so lebendige und plastische Schilderung desselben, daß mir die Annahme gesichert erscheint, daß bildliches Vorstellungsvermögen vorhanden war. Er gibt auch an, beim Assoziationsversuch nicht die entsprechenden Vorstellungen zu haben. Noch stärker im Vordergrund sind ähnliche Störungen bei der Kranken Försters. Sie jammert, sie könne sich nichts mehr vorstellen, wiewohl sie optische Erinnerungsbilder genau schildert. „Nein, Herr Doktor, ich habe nicht die geringste Vorstellung, keinen Schimmer davon oder höchstens einen ganz schwachen Schimmer. Ich weiß ja doch wie es früher war, da hatte ich es doch in Gedanken, wie etwas aussieht, jetzt aber ist es, als ob reine nichts wäre. Ich kann mir nicht einmal vorstellen, wie ich selbst aussehe, wie mein Mann und meine Kinder, wie sie aussehen.“ „Vorstellen, wie etwas klingt, kann ich mir auch gar nicht, wie die menschliche Stimme klingt, wie Ihre Stimme klingt. Auch kann ich mir den Klang von der Stimmgabel gar nicht mehr vorstellen.“ Gleichwohl ist sie imstande, sich bestimmte musikalische Töne für mehrere Tage genau zu merken.

Derartige Beobachtungen sind deswegen außerordentlich wichtig, weil, wie wir noch später hören werden, ähnliche Klagen in zwei Fällen von sogenannter Seelenblindheit (in bezug auf Optisches) wiederkehren. Man müßte fast die gesamte Kasuistik wiederholen, wenn man alle jene Autoren anführen wollte, die über die Klagen von Blässe und Schattenhaftigkeit der Vorstellungen berichten. Nur die Angabe meines Patienten Max (Fall 10) sei erwähnt, der angibt, sein Erinnern sei nur ein Denken. Als wesentlich muß ich auch hier hervorheben, daß das bildmäßige Erinnern bei unseren Kranken trotz ihrer gegenteiligen Angaben vorhanden ist. Besonders eindeutig sind die Resultate bei meinem Patienten R. S. Hier läßt sich ein lebhaftes optisches Vorstellungsvermögen im Versuche direkt nachweisen. Er selbst kann beschreiben, daß es nur die Kraft der Vorstellung ist, die Veränderungen aufweist, ohne daß der Inhalt im engeren Sinne sich geändert hätte. Manchmal wird über Kleinheit der Vorstellungen geklagt (Heilbronner, Pick). Man muß berücksichtigen, daß die Vorstellungsbilder des Normalen sehr häufig kleiner sind als die Wirklichkeit (vgl. z. B. G. E. Müller, Martin). Es ist wieder nur eine Störung des Sich-hinein-versetzens.

Es sei hier gleich angeführt, daß Störungen des Wiedererkennens in keinem der Fälle objektiv nachgewiesen werden konnten. Es ist bereits oben das Wichtigste der Angaben über den Eindruck der Fremdartigkeit und Neuartigkeit wiedergegeben. Besonders vermerkt seien nur noch die genauen Angaben Försters über optisches und akustisches Wiedererkennen. Die Patientin wußte noch nach mehreren Wochen die Reihenfolge von Gegenständen, die ihr gezeigt wurden. Ähnliches konstatierte er auch auf akustischem Gebiet. Mein Patient Gottfried erkannte seine Angehörigen und den Referenten, ohne irgendwelche Schwierigkeiten. Auch bei R. S. fanden sich keine Störungen des Wiedererkennens. Das Wiedererkennen erstreckt sich sowohl auf fremde, als auch auf altbekannte Gegenstände. Auch Gegenstände, welche den Fremdheitseindruck hervorgerufen hatten, werden wiedererkannt.

Das Gedächtnismaterial läßt sich bei unseren Kranken nur schwer exakt prüfen. Jedenfalls war es bei Gottfried nicht so leicht verfügbar, wie in gesunden Tagen. Aber er konnte doch stets im groben über seine Vergangenheit Auskunft geben, so daß die Annahme schwerer Störungen nicht gerechtfertigt erscheint. R. S. hat sogar ein Gedächtnis von außerordentlicher Schärfe, noch nach Wochen erinnert er sich unwesentlicher Details der Gespräche. Eine Kranke Juliusburgers lernt in ihrer Krankheitszeit Gedichte auswendig und sagt sie wieder her. Eine Kranke Böttigers klagt allerdings darüber, sie müßte sich beim Einkauf alles notieren und vergesse trotzdem noch vieles. Bei meiner Patientin Johanna versagte das Gedächtnis, als sie einen kleinen Zeitungsausschnitt wieder erzählen sollte, der ihr vorgelesen worden war.

Die objektive Erinnerung an die Vorgänge zur Zeit der Depersonalisationskrise ist bei allen Patienten eine sehr genaue. Mein Patient Gottfried erkannte, nachdem die Depersonalisation geschwunden war, alle seine Äußerungen, als die seinen wieder und er konnte auch die Ereignisse reproduzieren. Der Kranke von Dugas konnte eine Szene aus seiner Depersonalisationszeit in allen ihren Details beschreiben.

Dugas, Dugas und Moutier haben sich um die Abgrenzung dieser Gedächtnisstörungen bemüht. Sie stellen die Gedächtnisstörungen der Depersonalisierten den anderen Formen der Gedächtnisstörung gegenüber.

Sie scheiden Gedächtnisfehler aus Mangel, oder das Vergessen und Gedächtnisfehler durch Übertreibung, oder trügerisches und lügenhaftes Gedächtnis. Das Vergessen trennt sich wieder in ein materielles und in ein formelles, je nachdem, ob es den Inhalt des Gedächtnisses betrifft, oder die Form. Unter Form verstehen sie das Wiedererkennen der Erinnerungen als solche durch das Ich und das Wiedererkennen der Erinnerungen als eigener.

Die Gedächtnisstörungen der Depersonalisation rechnen sie zu den formalen Störungen. Es sei die Zuteilung der Erinnerungen zum Ich und zur Persönlichkeit gestört. Die Depersonalisierten teilten sich ihre Erinnerungen nicht zu, weil sie ihnen passiv gegenüberständen und ihr Gehen und Kommen nicht beeinflussen könnten. Die Autoren sprechen unter diesen Umständen von Automatismus des psychischen Lebens.

Sie haben bereits in einem ihrer Fälle verzeichnet, daß trotzdem bestimmte Situationen vergessen werden. Ihr Patient M. hatte vergessen, in welcher Weise er von einem Zug in den anderen übergestiegen war. Krishaber verzeichnet die Schwächung des lokalen Gedächtnisses geradezu als konstant. Dugas und

Moutier denken daran, daß in dem Fall ihres Patienten M. schon die Perzeption selbst eine ungenügende war. Ohne hier eine detaillierte Kritik der Anschauungen von Dugas und Moutier zu geben, stelle ich das Ergebnis meiner eigenen Analyse hierher. Ich glaube, diese wird mit hinreichender Deutlichkeit zeigen, daß von einem Automatismus der Erinnerung bei unseren Patienten nirgends gesprochen werden kann.

Auch unecht Wahrgenommenes kann gedächtnismäßig behalten werden. Man wird in der Depersonalisation bezüglich der Reproduktionsfähigkeit zweierlei unterscheiden müssen. Gestört ist erstens die Aufnahme des Gedächtnismaterials. Auch diese Störung ist nicht konstant, sondern tritt nur dann ein, wenn eine abnorme Einstellung der Aufmerksamkeit besteht (die meines Erachtens beim unechten Wahrnehmen nicht immer vorhanden ist). Selbst wenn während des Aufnehmens eine abnorme Einstellung besteht (etwa auf das eigene Ich und seine Funktion), wird ein Erfassen im Sinne einer Nebenaufgabe (vgl. hierzu Westphal) möglich sein. Westphal hat darauf hingewiesen, daß wir von einem Buche nicht bloß das behalten, was wir für den speziellen Zweck notwendig haben. In der Tat sprechen die oben angeführten Resultate über die Erinnerungsfähigkeit nach Ablauf der Depersonalisation mit Entschiedenheit für diese Auffassung. Auch Janet hebt in einem ähnlichen Zusammenhange hervor, daß die Patienten sogar nach Zwangsvorstellungskrisen Erinnerungen an das während der Krise Erlebte haben. Gewiß ist jedoch durch die abnorme Einstellung die Möglichkeit gegeben, daß manches überhaupt unbemerkt bleibt oder auf einer zu geringen Bewußtseinsstufe aufgenommen wird, als daß es reproduziert werden könnte. Es muß jedoch nochmals auf die Wichtigkeit der abnormen Einstellung verwiesen werden. Die Unechtheit meines Erlebens reicht meines Erachtens nicht aus, um etwaige Lücken des Gedächtnisses zu erklären. Das Behalten im Gedächtnis ist überhaupt nicht abhängig von der Widersprochenheit oder Unwidersprochenheit, soweit durch diese nicht abnorme Einstellungen bedingt sind. Sehr ähnliche Erwägungen müssen angestellt werden betreffs der Wiedergabe des vorhandenen Gedächtnismateriales. Janet macht darauf aufmerksam, daß die Wiedergabe dann am besten erfolgt, wenn das Individuum nicht aufmerksam auf die Wiedergabe eingestellt ist. Es erklärt sich wohl auch so, daß Johanna die kleine Zeitungsnotiz nur unvollständig wiedergeben kann.

Taucht dem Patienten das Gedächtnismaterial auf und gibt er es wieder, so wird es ihm wieder nicht vergönnt sein, voll in ihm zu leben. Er wird ihm eben so gegenüberstehen, wie der Wahrnehmung. Wieder taucht die wichtige Frage auf, ob Vorstellungsmaterial, das voll erlebt wird, identisch ist mit dem Vorstellungsmaterial, das zu einem unvollständigen Erleben dient. Wir haben es schon erwähnt, daß es nur eine Arbeitshypothese ist, wenn das sinnliche Material dem Reiz entsprechend konstant gedacht wird (vgl. Köhler). Und wir müssen gleich hier hervorheben, daß durch Hirnläsion die Fähigkeit des Einlebens ins Vorstellungsmaterial gestört werden kann, ohne daß andersartige Änderungen des Sinnesmaterials eintreten. Es ist also vorteilhaft, sich der Grenzen der erwähnten Hypothese stets bewußt zu bleiben.

Ich halte es für sicher, daß die freie Phantasietätigkeit, das freie Zuströmen von Phantasievorstellungen, in der Depersonalisation gemindert ist. Doch ist

es bei der bekannten Neigung der Kranken, ihre psychischen Tätigkeiten nicht anzuerkennen, schwierig, darüber ein einigermaßen klares Bild zu bekommen.

Jedenfalls spricht das äußere Verhalten Gottfrieds dafür, daß ihm spontan nicht sehr viel an Phantasievorstellungen zufloß. Auch Johanna, die zugibt, sich Unbekanntes vorstellen zu können, meint, sie könnte sich ihre Kleider nicht mehr mit Phantasie zusammenstellen. Ähnliche Angaben macht R. S. Wir kommen auf diese wichtigen Fragen noch bei der Besprechung des Gedankenablaufs der Kranken zurück. Hier sei nur vermerkt, daß die Einstellung der Kranken auf ihr eigenes Innenleben den Zufluß anderer Vorstellungen hemmend beeinflussen muß. Wir wissen aus Experimenten Messers, wie sehr unbewußte Einstellungen den Ablauf der Assoziationen beeinflussen. Doch ist eine Diskussion dieser Frage ohne Berücksichtigung der Denkvorgänge nicht möglich.

Wie verhalten sich die Phantasiegefühle bei der Depersonalisation? Gottfried gibt ja an, bei Vorstellungen nichts zu empfinden. Johanna meint einmal, sie könnte sich jetzt erst lebhaft klar machen, wie glücklich sie früher war. Ihre Angabe, daß es doch nur ein Denken gewesen sei, läßt erkennen, daß sie die Angabe ursprünglich in einem anderen Sinne gemeint hat. Ti., der angibt, gefühlsstumpf zu sein, erregt sich bei der Vorstellung, daß er ins Arbeitshaus gesteckt werden sollte. Ähnliche Angaben macht auch Ka., der sich willkürlich Situationen vorstellt und sich, wie er sagt, aufs äußerste erbittert. Die Patientin von Touche erregt sich nur an Situationen aus der Vergangenheit, während sie gegenüber der Gegenwart gefühllos ist. Man könnte denken, diese Angaben für einen Unterschied zwischen vorgestellten Gefühlen und anderen Gefühlen zu verwerten. Ich glaube nicht, daß diese Annahme berechtigt wäre. Denn Ti. gibt ja auch an, sich über Tatsächliches zu ärgern (zu einer Zeit, wo er behauptet, keine Gefühle zu haben), anderenteils sind die Angaben der Patienten derartig, daß es berechtigt erscheint, von aktuellem Ärger zu sprechen. Jedenfalls können also die entsprechenden Beobachtungen nicht als Stütze für spezifische Vorstellungsgefühle verwertet werden. Ich halte jedoch diese Annahme aus hier nicht näher zu erörternden Gründen für richtig [1]). Wir haben uns noch die Frage vorzulegen, welches denn die Erinnerungen an die Gefühlszustände in der Krise nach Ablauf derselben sind. Hier liegen nur Angaben von Dugas vor, der angibt, M. könnte sich zwar die Situationen der Depersonalisationszeit ins Gedächtnis zurückrufen, nicht aber seinen Gefühlszustand. Dementsprechend sind auch die Angaben unseres Patienten Gottfried über den Geisteszustand während der Krise außerordentlich dürftig. Er meint nur, es sei sonderbar gewesen. Es muß fraglich erscheinen, ob die Patienten während diesen Schilderungen eigenartige Phantasiegefühle empfinden oder ob sie überhaupt ausbleiben. R. S. ist allerdings sehr lebhaft bemüht, seinen Gefühlszustand während der Krisen zu beschreiben, und man hat den Eindruck, daß ihm vieles tatsächlich irgendwie in aktueller Weise gegeben ist.

Wir glauben hiermit die wesentlichsten Tatsachen, das Gedächtnis und das Wiedererkennen der Kranken betreffend, wiedergegeben zu haben. Wir verzichten darauf, uns eingehend mit den Anschauungen der anderen Autoren über diese Dinge auseinanderzusetzen. Ich komme aus ähnlichen Gründen,

[1]) Vgl. hierzu Meinong und Saxinger.

wie dies bei der Besprechung der Theorie der Wahrnehmung durchgeführt wurde, zur Ablehnung des Automatismus im Sinne von Dugas. Auch muß ich die Annahme Oesterreichs von der ausschließlichen Bedeutung der Gefühle als unzureichend bezeichnen. Ein Vorstellungsgefühl im Sinne Löwys erkenne ich gleichfalls nicht an. Die Abänderung der Vorstellungen, resp. die Unzufriedenheit der Patienten mit ihren Vorstellungen leite ich wieder ab von der Unfähigkeit, durchaus einheitliche Akte zu vollziehen. Es muß hier nochmals betont werden, daß selbst für die schwersten Zustände die Annahme des Schwindens von Vorstellungen nicht gerechtfertigt erscheint. Die Unzufriedenheit der Kranken mit ihren Leistungen des Gedächtnisses rührt aus der gleichen Quelle. Sind objektive Gedächtnisstörungen vorhanden, so sind diese auf Störungen der Einstellung zu beziehen. Das mit Aufmerksamkeit Erfaßte wird auch im Zustande der Depersonalisation im Gedächtnis behalten. Die mangelhafte Verfügbarkeit des alten Gedächtnisbesitzes, sowie den mangelhaften Zufluß von Vorstellungen (und Gedanken) führe ich auf eine abnorme Einstellung des Denkens zurück, wie dies schon ausgeführt wurde. Die Schwierigkeit der psychologischen Erklärung liegt hier nicht so sehr darin, die Klagen der Kranken zu begreifen, sondern darin, sich klar zu machen, auf welche Weise die sicher objektiven Störungen des Seelenlebens zu verstehen sind. Es ist nicht so schwierig, sich zu erklären, weshalb die einzelne Vorstellung den Patienten blaß und ungenügend erscheint, sondern schwierig ist die Erklärung der Tatsache, daß dem Patienten nur wenige Vorstellungen zuströmen. Ebenso ist es nicht schwierig, zu begreifen, weshalb die Patienten mit den objektiven Leistungen ihres Gedächtnisses unzufrieden sind. Schwierig ist nur die Deutung, warum vieles tatsächlich dem Gedächtnis der Kranken entschwindet. Diese Probleme werden ihre Klärung erst dann finden können, wenn wir uns vergegenwärtigt haben, in welcher Weise das Denken, die Aufmerksamkeit und der Wille dieser Patienten gestört sind. Fasse ich zusammen, so ergibt sich:

1. Die Mehrzahl der Patienten klagt über Unfähigkeit, sinnlich lebhafte Vorstellungen zu haben. Diese Klagen erstrecken sich auf Optisches und Akustisches. Fast immer wird über Blässe und Verschwommenheit der Vorstellungsbilder geklagt.
2. Da die Patienten exakte detaillierte Schilderungen vom Gesehenen und Gehörten zu geben imstande sind, auch dann, wenn sie angeben, nicht vorstellen zu können, so muß angenommen werden, daß es niemals zu einem wirklichen Verlust der Vorstellungsbilder kommt.
3. Das Wiedererkennen der Kranken läßt keinerlei Störungen erkennen. Die Klagen der Patienten können durch objektive Untersuchung widerlegt werden.
4. Der Gedächtnisbesitz scheint den Kranken nicht in vollkommener Weise zur Verfügung zu stehen. Ebenso läßt die objektive Untersuchung als wahrscheinlich erscheinen, daß das Zuströmen der Vorstellungen und die spontane Produktion von Vorstellungen gehemmt sind.
5. Die Merkfähigkeit der Kranken läßt sich objektiv als intakt erweisen trotz der gegenteiligen Klagen der Patienten. Nur ausnahmsweise kann über gewisse Situationen nicht berichtet werden. Es ist dann an komplizierende Einstellungsstörungen zu denken.

6. Die Erinnerung an Vorgänge, die während der Krise erlebt wurden, ist nach Abschluß der Krise eine gute.
7. Ein Teil der Patienten macht Angaben, welche darauf schließen lassen, daß die Phantasiegefühle nicht als verändert empfunden werden, wenn die eigentlichen Gefühle verschwunden scheinen. Andere machen entgegengesetzte Angaben. Der Gefühlszustand der Depersonalisation kann nach der Krise meist nicht vorgestellt werden.
8. Die Störungen in den Vorstellungen sind zu beziehen auf die Unfähigkeit, evident vorzustellen. Auch eine Reihe der Klagen über Störungen des Gedächtnisses und des Wiedererkennens hat die gleiche Grundlage.
9. Die objektiv nachweisbaren Störungen, insbesondere die Verminderung des Auftauchens an Vorstellungsmaterial ist auf abnorme psychische Determination zu beziehen.

Die Ergebnisse für die Psychologie wären folgende: Auch auf Vorstellungen und Erinnerungen bezieht sich der Gegensatz von evidentem und nicht evidentem Vollziehen. Doch ist die Art des Vollzuges für die objektive Leistung nicht relevant, so lange nicht hierdurch die determinierenden Tendenzen abgeändert werden. Die Abänderung dieser ruft schwerste Störungen im psychischen Ablauf hervor.

Das Denken und die Gedanken.

Fast alle Patienten klagen über Störungen des Denkens. Diese Klagen sind außerordentlich mannigfaltig. Gottfried gibt an, sein Gehirn sei wie verstopft. Er könne nicht denken, er habe keine Einfälle. In der Tat sind die Resultate seines Denkens ungenügend. Er antwortet außerordentlich verlangsamt beim Assoziationsversuch, wenn auch die Assoziationen nach den kurzen Proben, die erhältlich waren, nichts Auffallendes bieten. Es muß konstatiert werden, daß seine Denkrichtung eine abnorme ist. Er geht in der Betrachtung des eigenen Innenlebens auf. Es verdient jedoch sofort angemerkt zu werden, daß er nicht direkt nach dem Denken befragt Denkleistungen aufweist, die nicht allzu minderwertig sind. Er vermag einen Brief zu disponieren und eine im wesentlichen zutreffende Schilderung seiner Jugend zu geben. Derartige Resultate kommen jedoch nur zutage, wenn er abgelenkt ist und nicht an das Denken denkt. Besonders instruktiv in dieser Hinsicht ist der Assoziationsversuch bei unserem Patienten Max (Fall 10). Er versagt bei diesen einfachen Versuchen vollkommen, verspürt quälend das Ausbleiben der Gedanken, während er kurz darauf Kompliziertes gut darzustellen imstande ist. Ein Patient Janets (Ver.) gibt an, nicht denken zu können, wiewohl er den Inhalt eines gelesenen Buches referieren kann. Auch die Krankengeschichten Oesterreichs enthalten Klagen über entsprechende Störungen. Ti. kann keinen Gedanken zu Ende denken, wie er sagt, und weiß, daß er tatsächlich oft gar nichts denkt. Er verberge seine geistige Leere durch Zitieren. Er könne mit Fremden nichts Rechtes sprechen, er gibt aber Unterricht, hört Kollegs und liest psychiatrische Lehrbücher. Prau hat, wiewohl er seine Dissertation fertig bringt, nie das Gefühl, etwas Vernüftiges geleistet zu haben. „Was dasteht, ist ohne mein geistiges Zutun entstanden." Er muß sich die Bedeutung der Worte erst im Geiste zusammentragen. Er arbeitet, nimmt aber keinen inneren Anteil an der

Arbeit. Gleichwohl besteht er das Staatsexamen. Ka. klagt über Gedankenmangel. Die Assoziationen fehlten, die Gedanken seien belastet und gehemmt. Zu gleicher Zeit liest er aber wissenschaftliche Bücher. Es fiele nur schwer, darüber nachzudenken. Dann klagt er wieder, die wissenschaftlichen Gedanken fehlten. Von den meisten Patienten hört man, sie hätten keine Gedanken, z. B. von einer Kranken Juliusburgers. Ein Patient Picks meint, der Gedanke sei wie oberflächlich und habe nicht die richtige Farbe. Das Denken sei vom Sprechen wie abgetrennt. Ähnliche Angaben findet man auch bei Förster, Deny und Camus, Löwy, Böttiger.

Zu einer neuen Gruppe von Störungen führen folgende Angaben eines Falles von Juliusburger. „Die Gedanken sind von mir losgetrennt." Sie ist gleichgültig gegen ihre Gedanken. „Es geht im Kopfe wie von selber, als wenn mir die Kraft fehlt zu denken." Mein Patient R. S. sagt: „Wenn ich aufwache, gehen die Gedanken zügellos. Der Ablauf der Gedanken ist dabei kein zu rascher. Die Gedanken drängen sich mir auf und nicht ich beherrsche die Gedanken." Er könne sich nur schwer konzentrieren und könne nur mit Anstrengung an eine bestimmte Sache denken. Besonders schön sind die Angaben zweier Patienten von Hesnard. Der eine gibt an, es überkämen ihn ungeordnete Gedanken, die sich ohne sein Zutun aneinanderreihten. Es ist eine innere Ideenflucht. Das Beispiel ist im Anhang ausführlich wiedergegeben. Ein anderer Patient dieses Autors sagt: „Alles ist verwischt . . . . ich denke an einen Haufen lächerlicher Dinge und ich bin da, um sie vorbeiziehen zu lassen. Eine andere Patientin spricht: „Ich denke zu viel, das ungewollte Denken erschöpft mich." Verwandte Angaben macht der Patient K. Oesterreichs.

Man wird von diesen Erscheinungen streng die Phasen sondern müssen, in denen die Patienten eine Verdoppelung ihrer Fähigkeiten erleben. (Der Oberst Krishabers.) Hierher müssen auch noch Angaben gezählt werden, wie die meines Kranken R. S. der zeitweise alles besonders klar sah, und wie die des Patienten Böttigers, dem die Welt zeitweise unbeschreiblich schön erschien, wiewohl sich beide Angaben nicht auf Denkvorgänge im engeren Sinn beziehen. In dem Falle Böttigers und in einem Falle Oesterreichs leiten diese Erscheinungen die Erkrankung ein.

Bevor ich einen Erklärungsversuch gebe, sei in Kürze der Ablauf des normalen Denkens skizziert.

Bin ich keiner geistigen Arbeit zugewendet und überlasse ich mich den Eindrücken des Zufalls, so strömen mir Gedanken, Vorstellungen und Erinnerungen zu auf Grund von assoziativen und reproduktiven Tendenzen. Auch die Vorgänge meiner Umgebung werde ich zum Teil aufnehmen und auch an diesen wird sich seelisches Geschehen anknüpfen. Aber bereits in ungebundenem Vorstellungsverlauf machen sich ordnende Tendenzen geltend. Mein Denken springt nicht sinnlos von einem Gegenstand zum anderen, sondern ordnet sich nach bestimmten Gesichtspunkten. Es sind eben ständig latente Einstellungen vorhanden, die einesteils den Zufluß von Assoziationen und Reproduktionen regeln, anderenteils auch das Denken im Sinn einer Aufgabe regulieren. Diese latenten Einstellungen sondern auch unter den Gegenständen der Wahrnehmung. So werde ich auch auf einem Spaziergang vieles von dem denken, was im Blickpunkt meines Interesses gelegen ist, und ich werde meine aktuellen Interessen

immer wieder und wieder durchdenken, ohne daß ich sagen könnte, ich hätte mich absichtlich auf eine bestimmte Sache gerichtet. Vielleicht wird mein Blick auf dieses oder jenes Detail des Straßenbildes fallen, doch wird der Gedankengang nur dann eine Abänderung erfahren, wenn mein Interesse an dem Gegenstand, den ich bemerke, ausreichend ist, um die Einstellung abzuändern.

Soll eine ersprießliche Arbeitsleistung zustande kommen, so wird der nach bestimmten Zielen gerichtete Denkverlauf auch nicht wesentlich anders verlaufen dürfen. Ich werde zwar einmal die determinierende Tendenz setzen, ein bestimmtes Problem zu lösen, aber der ganze Vorgang entwickelt sich nun gleichsam von selbst, gleichsam mechanisch aus diesem Entschlusse heraus und ich bin dabei ein passiver Zuschauer. Von selbst wird es zu einer Gliederung, zu einer Strukturformel des Denkens, zu einem Denkplan kommen. Es wird sich der Denkablauf nach dieser nicht ausdrücklich gewollten Denkstruktur regeln. Liepmann hat von Obervorstellungen gesprochen. Freilich ist mit dem Momente, in dem das Ziel auftaucht, nicht auch die Realisierung vorstellungsmäßig gegeben, es besteht nur die allgemeine Tendenz zur Lösung der Augabe hin. Aber Liepmann hat nur in diesem Sinne von einer Obervorstellung gesprochen. Auch umfaßt sein Vorstellungsbegriff, das was von der Külpeschen Schule als Gedanken bezeichnet wird, in sich. Wir werden allerdings den neueren Fortschritten der Denkpsychologie entsprechend gerade diese gedanklichen Beziehungen als wesentlich hervorheben müssen und werden, um Mißverständnisse zu vermeiden, von Denkentschluß und von determinierenden Tendenzen (Ach) sprechen. (Dieser Ausdruck ist der Bezeichnung Aufgabe (Watt) vorzuziehen, vgl. hierzu Ach. Wie wir schon oben hervorgehoben haben, gebrauchen wir den Ausdruck determinierende Tendenz nur im dynamischen Sinne und sprechen von Denk- oder Willensanstrengung, wenn wir das deskriptive Erlebnis meinen.) Während des Denkens findet nun ein fortwährender Umsatz potentiellen Wissens in aktuelles statt. Gedanken entwickeln sich aus keimhaften Andeutungen, einfach Gegenwärtiges rückt in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Schließlich werden aber nur diejenigen Wahrnehmungen, Vorstellungen und Gedanken zur vollen Beachtung kommen, die in der Richtung der Determination liegen, wofern eben ein bestimmt gerichtetes Denken sich verwirklichen soll. Sonst wird sich der ganze Ablauf immer mehr der freien Denkbetätigung nähern.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, sei folgendes hervorgehoben. Wir sagten, das Denken entwickle sich wie mechanisch aus der determinierenden Tendenz. Hier ist aber nur auf die deskriptive Tatsache verwiesen, daß nicht bei jedem Teilakt des Denkens die Denkanstrengung erneuert wird. Es ist nicht etwa unter dem mechanischen Denken ein ichloses oder nur gegenwärtiges Denken gemeint. Im Gegenteil, es muß gesagt werden, auch während des Verlaufes des Denkens finden fortwährend neue Denkakte des Individuums statt. Sie haben nur nicht jenen deskriptiven Charakter, welcher der ursprünglichen Willenssetzung zukam. Ist das Problem neu und schwierig, so wird allerdings die Denkanstrengung an vielen Punkten des Denkverlaufs erneuert werden müssen.

Die Ergebnisse für die Pathologie liegen auf der Hand. Es kann bei sonst normalen Denkbedingungen der Sinneseindruck eine besonders starke aufmerksamkeitsbindende Valenz besitzen. Wir werden dann von einer erhöhten

Ablenkbarkeit sprechen, wenn diese Valenz den Denkablauf bestimmt. (Unter Aufmerksamkeit wird hier wie überall nur das deskriptive Erlebnis der größeren „Deutlichkeit" verstanden, sonst spreche ich von Tendenzen. Etwas Ähnliches scheint W. Specht zu meinen, wenn er ausführt, die Aufmerksamkeit stelle keinen aktiven Faktor im Seelenleben dar.)

Es kann der Zustrom des reproduktiven oder assoziativen Materials vermehrt oder vermindert sein. Aber es wird von entscheidendem Einfluß sein, in welcher Weise die determinierende Tendenz diesem Material gegenübersteht. Erst dann wird ein Abspringen vom ursprünglichen Gedankengang erfolgen, wenn die determinierende Tendenz gegenüber der Fülle des eindringenden Materiales versagt. In dem anderen Falle werden wir nur von einem vollen und reichen Denken sprechen.

Es kann aber auch die determinierende Kraft eine Schädigung erfahren: assoziative, reproduktive und Wahrnehmungstendenzen werden das Übergewicht erhalten. Und hier wird sich noch eine Fülle besonderer Probleme dadurch ergeben, daß die Wirkung der determinierenden Tendenz eine doppelte ist. Sie regelt den Zufluß der Vorstellungen und Gedanken [1]) und sie wählt aus unter dem Zugeströmten. Es muß sich also, wenn die Voraussetzungen richtig sind, eine große Anzahl verschiedener Denkstörungen nachweisen lassen. In der Tat kennen wir bereits erhöhte Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke, Ideenflucht und ideenflüchtige Denkhemmung (Goldstein, Schröder).

Aber es gibt noch Denkstörungen, welche in einer ganz anderen Richtung liegen; eben die Denkstörungen der Depersonalisierten.

Wir gehen von jenen Fällen aus, in denen eine objektive Schädigung der Denkleistungen nicht nachgewiesen werden kann. Ich wähle die Äußerungen meines Patienten R. S. „Die Gedanken drängen sich mir auf und nicht ich beherrsche die Gedanken", und anderenteils seine Angaben, er könne sich nur schwer konzentrieren, an eine bestimmte Sache zu denken. Es ist also wieder der Sachverhalt, den wir beim Wahrnehmen, Vorstellen, Fühlen antrafen, auch das Denken kommt nicht aus dem vollen Einklang der Tendenzen. Es ist ein Widerspruch da, eine Tendenz des Hintergrundes, welche gegen das Vordergrunderlebnis protestiert. Wir werden uns nicht wundern, wenn andere Patienten sagen, sie hätten keine Gedanken, oder die Gedanken hätten nicht die richtige Farbe. Wir kennen gleichwertige Äußerungen aus anderen Gebieten des Seelischen. Ein neues Moment kommt jedoch dadurch hinzu, daß das Denken sich deskriptiv als ein aktiver Vorgang darstellt. Ich erlebe beim Denken eine willkürliche Tätigkeit, ich setze Denk- und Willensanstrengungen zu einem bestimmten Ziel hin und weiß davon und von dem tatsächlichen Erfolge dieser Anstrengung, wenn ich mir das Erleben vergegenwärtige. Wahrnehmen, Vorstellen, Erinnern und Fühlen drängen sich jedoch im Erlebnis dem Individuum auf. Nun ist der Depersonalisierte in dieser Willensanstrengung nicht voll enthalten, auch sie ist eine unechte und widersprochene. Das Erlebnis der Aktivität wird ihm also nicht in seiner Fülle gegeben sein, auch wenn die Determination eine ausreichende Wirkungskraft hatte. So sagt Prau., die Dissertation sei ohne sein Zutun entstanden, der Oberst Krishabers wundert sich, daß

[1]) Daß ganze Strukturformen und Gedankenkomplexe zufließen, wird hier nicht weiter berücksichtigt.

seine Arbeiten Beifall finden und fühlt sich zu einer Zeit schwer gestört, als er Journalartikel schrieb, die für besser erklärt wurden, als die vor der Erkrankung geschriebenen. Es muß gesagt werden, daß die Möglichkeit, ausreichende Denkleistungen zu vollziehen, in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen gewahrt bleibt. Auch der Kranke von Ball und der von Hirt bleiben beruflich tätig. Es sind das gerade Fälle, welche sehr ausgeprägt über Gefühlshemmungen klagen. Meines Erachtens geht daraus mit Sicherheit hervor, daß diejenige Gefühlsstörung, die für die Depersonalisation charakteristisch ist, für das Denken im wesentlichen nicht störend ist. Wenn Oesterreich gerade diese Fälle absondern will, so erscheint das durchaus unberechtigt und beweist eben wieder nur, daß der Deutungsversuch Oesterreichs ein verfehlter ist. Weil die Kranken mit ihrer Willensanstrengung nicht völlig einig sind, verleugnen sie diese und sprechen von einem automatischen und mechanischen Denkablauf.

Wir erwähnten, daß auch in dem frei ablaufenden Spiel der Gedanken latente Einstellungen wirksam sind. Wir haben hinzuzufügen, daß rudimentäre Willensakte und Willensanstrengungen auch hier erlebt werden. In dem Erlebnis selbst ist es enthalten, daß ich jederzeit willkürlich die Richtung des Denkablaufes ändern kann. Auch diese potentiellen Willensakte erfahren bei dem Depersonalisierten einen Widerspruch. Ferner, wenn sich der Normale dem Spiel seiner Gedanken überläßt und sich seinen Phantasievorstellungen zuwendet, so folgt das Fortleiten von einem Punkt zum anderen der jeweiligen Richtung des Interesses. Er ist ganz darin. Dem Depersonalisierten ist es wieder versagt, dieses Darinsein zu erleben. Er wird auch dem freien Spiel der Gedanken gegenüber sich unfrei fühlen, auch hier wird er von automatischer und mechanischer Denkleistung sprechen. Ich habe die Angaben der Kranken zu deuten versucht. Es ergibt sich aber sofort, daß von einem Automatismus im Sinn des Alltags gar nicht die Rede sein kann. Die automatische Handlung ist, das habe ich ja wiederholt ausgeführt, eine Handlung, in der nur verhältnismäßig wenig Teilakte zur vollen Gegebenheit kommen. Nun unterscheidet sich die Handlung des Depersonalisierten in einem ganz anderen Sinne von der des Normalen. Die Gegebenheitsstufe ist in den hier besprochenen Fällen die gleiche, es ist nur eine formale Änderung eingetreten, indem sich eben der Widerspruch geltend machte.

Zweifellos bestehen keine eindeutigen Zuordnungen zwischen der Unechtheit der Determination (bewußter oder latenter) und ihrer Wirkungsfähigkeit. Es ist aber zumindest verständlich, daß eine unechte Determination eine geringere dynamische Kraft haben kann. Jedenfalls ist es erwiesen, daß eine solche dynamische Einbuße der Determination in einer Reihe von Fällen tatsächlich vorhanden ist. Leicht verständlich: Der Oberst Krishabers denkt während der ganzen Zeit seiner Erkrankung unausgesetzt an seine Krankheit, Patienten Janets und Regis denken stets mehrere Gedanken auf einmal. Wir haben nun oben hervorgehoben, daß der Zufluß von Vorstellungen und Gedanken durch die Determination geregelt wird. Mit der Schwächung der Determination wird eine Störung im Sinne der Ideenflucht resultieren. Das zeigen auch die beiden Fälle von Hesnard, die wir anführten, sehr schön. Freilich ist die Ideenflucht besonderer Art, das Individuum ist in ihr nicht voll darin. Die Ideenflucht widerstrebt ihm und wird peinlich empfunden. Französische Autoren haben dieses Symptom als mentisme bezeichnet. Eine zu schwache

determinierende Kraft versagt hier gegenüber assoziativen und reproduktiven Tendenzen und das Individuum widersetzt sich innerlich dem Assoziierten und Reproduzierten. Man sieht sofort, daß eine innerliche Verwandtschaft zu Zwangsgedanken hier hervortritt. Das Symptom selbst ist von einer außerordentlich weiten Verbreitung. Wir finden es bei der Melancholie (vgl. z. B. Stransky), bei Neurosen aller Art, in Ermüdungs- und Erschöpfungszuständen, bei bestimmten Formen der Schizophrenie. Es hat noch ein sehr entscheidendes Kriterium gegenüber der echten Ideenflucht. Das Ich steht ihm bis zu einem gewissen Grade objektiv gegenüber.

Man wird als unwesentliche Abart dieses Geschehens bezeichnen dürfen, wenn diese „Ideenflucht" keinen richtigen Fortschritt hat und zu dem Gegenstand immer wieder zurückkehrt. Wir sehen hierin eine Eigenschaft des unabgeschlossenen Denkens. Die interessanten Beziehungen zu Zwangserscheinungen kann ich an dieser Stelle nicht weiter verfolgen.

Aber das Individuum kann die geringe Wirksamkeit seines ursprünglichen Wollens dadurch zu paralysieren versuchen, daß es die Tendenz ständig erneuert. Während also bei den Willensstarken die Teilakte auf einer niederen Stufe des Wollens bleiben, werden sie bei den Willensschwachen ausdrücklich und bewußt gewollt. Die Willensanstrengung wird also dort zur Erreichung des Zieles eine größere sein müssen, wo die dynamische Kraft des Wollens eine schwache ist. Es wird dann ohne weiteres klar, weshalb wir von so vielen Depersonalisierten hören, das Denken bereite ihnen eine besondere Anstrengung. Der Widerspruch zu der Klage, das Denken ginge von selbst, ist also nur ein scheinbarer.

Wir können noch folgendes hinzufügen: Es bestehen Beziehungen zwischen der Kraft des Wollens und der Beachtung, die sich auf das Wollen als Akt richtet. Es ist als Tatsache anzusehen, daß es eine Schwächung der Dynamik des Wollens bedeutet, wenn ich nicht dem Resultate des Wollens, sondern der Ausführung des Wollens zugewendet bin. Pick hat das für die Willenshandlung mit Recht besonders betont [1]).

Und jetzt können wir uns endlich jenen Fällen zuwenden, in denen ein Manko der Denkleistungen gewiß ist. Wir haben schon im vorangehenden darauf verwiesen, daß die reale Denkleistung dann geändert werden wird, wenn in der Determination Änderungen eintreten. Nun besteht bei den schweren Fällen eine ständige Einstellung vom Erlebnis weg auf die eigene Tätigkeit. Ein Patient Oesterreichs betont, er achte mehr auf das Lesen als auf das Gelesene. Daß diese Erklärung richtig ist, geht daraus hervor, daß die Denkleistungen der Kranken sich dann verbessern, wenn sie dazu gebracht werden können, sich selbst vergessend in den Gegenstand sich zu vertiefen. Janet hat das bei seinen Kranken konstatiert. Ich verweise nochmals auf den Assoziationsversuch bei meinem Patienten Max. Auch hier ist die Leistung besser, wenn sie nicht direkt beachtet wird. Die aufmerksame Lektüre der anderen Krankengeschichten läßt ohne weiteres den gleichen Mechanismus erkennen. Dem Kranken von Böttiger geht es besser, wenn er viel zu tun hat. Nach den Ausführungen über die Wirkung der determinierenden Tendenz ist es klar, daß eine ungenügende determinierende Tendenz in bezug auf ein gefordertes Resultat auch das Auftauchen von Vorstellungen und Gedanken, welche zu dem Bereich der

[1]) Wiener klinische Rundschau 1907.

geforderten Leistung gehören, hemmen wird. Wir konstatierten, daß in unseren Fällen die determinierende Tendenz sich auf die Beachtung der eigenen Erlebnisse richtet. Dementsprechend sagt der Oberst Krishabers, daß ihm alles, was sich auf seine Krankheit bezog, in allen Details gegenwärtig war.

Wir wenden uns zu der Frage, ob denn die Denkstörung, um deren Beschreibung wir uns bemüht haben, Beziehungen hat zu der Denkstörung, welche wir bei der objektiven Hemmung in der melancholischen Depression antreffen. Ich glaube: Diese objektive Hemmung enthält eine völlig neue Komponente. Ich komme darauf noch später zurück. Diese Auffassung ist darin begründet, daß selbst schlecht ansprechbare Depersonalisierte mitteilsam werden, wenn von ihrem eigenen Leiden gesprochen wird. Man findet kaum so viele Selbstschilderungen in der Literatur, als gerade von unseren Kranken. Die Hemmungen unserer Kranken können stets durchbrochen werden. Auch Gottfried, gewiß ein außerordentlich schwerer Fall, bleibt innerhalb dieser allgemeinen Regel. Das ist etwas ganz anderes als die objektive Hemmung der melancholischen Stuporfälle. Es werden noch Fälle mitgeteilt werden, welche zeigen, daß selbst ausgesprochene objektive Hemmungen der Melancholischen häufig überhaupt nicht zur Selbstbeobachtung kommen. Aber selbst wenn dies geschieht, so wird der Defekt eben nur konstatiert. Das ist etwas ganz anderes als wenn ein Kranker, bei dem sich objektiv eine ungestörte Denkfähigkeit nachweisen läßt, klagt, er könne überhaupt nicht mehr denken. Ich komme also zu dem Resultat, daß die subjektive Denkhemmung nicht als ein geringerer Grad oder eine Vorstufe der objektiven angesehen werden darf.

Vielleicht werden unsere Ausführungen deutlicher, wenn wir uns der Betrachtung von Denkelementen (wenn dieser Ausdruck überhaupt angewendet werden darf) zuwenden. Unter Bewußtheiten versteht Ach unanschaulich gegebenes Wissen. Wir gehen hier nicht auf die Streitfrage ein, ob nicht doch irgendein inadäquates Vorstellungsmaterial vorhanden ist (vgl. hierzu G. E. Müller), sondern halten nur daran fest, daß es sich jedenfalls um eigenartige und gut charakterisierte Bewußtseinserlebnisse handelt. Unsere Patientin Johanna gibt an, sie wüßte bestimmt, sie würde nicht wieder gesund und ähnliche Angaben über entsprechende Bewußtseinsinhalte finden sich in einer großen Anzahl der Krankengeschichten. Es wäre das ein unanschaulich gegebenes Bewußtseinserlebnis, das für die Patientin den Charakter der Evidenz trägt. Hier sei sofort eine Bemerkung Solliers über die „Zweifler" eingefügt: Sie sind nur bezüglich dessen sicher, was sie nicht sicher wissen können. Sind sie es wirklich? Johanna bittet in der Zeit, wo sie behauptet, es sei sicher, sie würde nicht wieder gesund, man möge sie mit Röntgenstrahlen durchleuchten. Sie scheint sich also doch etwas davon zu versprechen. Es ist mir gewiß, daß die Kranken die Evidenz, von der sie sprechen, nicht erleben. Das ist eben das Eigenartige im Seelenleben dieser Kranken, daß sie nirgends zu festen Ergebnissen gelangen können. Immer erheben sich Widersprüche. Das ist aber wieder etwas, das unsere Kranken in die nächste Nähe der Kranken mit Zwangserscheinungen stellt. Man hat gesagt, dieses Erlebnis sei wesensverschieden vom Zweifel. Ich muß sagen, es gibt mehrere Arten, den Zweifel zu erleben. Solange ich ihn wirklich erlebe, haben wir auch immer eine Tendenz zur Bejahung, die sich vordrängt und Widerspruch findet von einer Tendenz zur Verneinung. Und dieser Widerspruch setzt sich über den immer wieder gesetzten

Willensentscheid hinaus fort. Das aktuelle Erlebnis des Zweifels ist gar nicht mehr vorhanden, wenn ich die Sachlage als eine zweifelhafte bezeichne. Das ist ein einfaches Urteil, ein einheitlicher Akt, in dem Sinne, daß in ihm einander widerstrebende Tendenzen nicht mehr vorhanden sind (vgl. hierzu im Gegensatz die Ausführungen von Jaspers). Also auch an den Bewußtheiten läßt sich zeigen, daß die Kranken evidente Denkerlebnisse nicht haben.

Wir haben schon jene Zustände erwähnt, in denen eine Verdoppelung der Fähigkeiten erlebt wird. Diese Phasen fallen aus dem Rahmen der übrigen Zustände vollkommen heraus, sie stellen das gerade Gegenteil hierzu dar: Es sind geglückte Synthesen der Tendenzen, Überwindungen des inneren Widerspruches. Sie werden noch eingehend behandelt werden.

Nun anhangsweise einige Bemerkungen über die Lokalisation des Denkens bei unseren Kranken. Normalerweise lokalisieren wir unser Denken unter dem Einfluß von Spannungsempfindungen im Kopfe. Daß diese Zuteilungen an und für sich keine sehr festen sind, lehrt ein Blick in die völkerpsychologische Literatur. Man wird finden, daß das Denken sehr vielfach anderweitig im Körper lokalisiert wurde. Man versteht, daß die Depersonalisierten, welche viel substanziellere Eindrücke aus ihrem Körper nicht anerkennen, diese an sich undeutlichen Empfindungen nicht einschätzen werden. So gibt ein großer Teil der Kranken an (z. B. bei Pick und Juliusburger), die Gedanken schwebten im Raume und seien nicht im Kopfe. Mein Patient Max [1]) gibt an, er könne seine Gedanken nicht richtig nach vorne bringen, weil ihn das taube Gefühl am Kopfe daran hinderte. Ich habe diese Erklärung der Lokalisationsstörungen des Denkens, die sich mir zunächst darbot, immer für unbefriedigend und unvollständig gehalten. Erst nachdem ich einige hierher gehörige Versuche angestellt hatte, ist mir der Zusammenhang klarer geworden. Es sind noch zwei weitere Momente zu berücksichtigen.

Wenn mein Patient Max [1]) klagt, er brächte die Vorstellungen und Gedanken nicht von hinten nach vorne, so liegt dieser Klage die Tatsache zugrunde, daß in der Tat, wie ich aus eigenen Versuchen weiß, Vorstellungsbilder, die ich nicht vor mich hinstelle, sondern die hinter mir bleiben, unklarer und undeutlicher zu sein pflegen. Es ist anzunehmen, daß umgekehrt der Eindruck der Unklarheit eine Lokalisation des Gedankens oder der Vorstellung nach hinten bedingt.

Am wichtigsten sind jedoch für diese Frage die Experimente, die in dem Kapitel über Autoskopie mitgeteilt werden. Diese zeigen, daß es möglich ist, durch die Einstellung auf den eigenen Körper eigenartige Lokalisationsstörungen des Denkens hervorzurufen. Die Lokalisation des „geistigen Auges" ist bei den einzelnen Versuchspersonen eine verschiedene. Es kann im Körper hin und her wandern, es kann auch von außen beachten. Ist es im Körper, so hat die Versuchsperson den Eindruck, der Körper sei hohl.

Es kann selbstverständlich nicht mit Bestimmtheit behauptet werden, daß der zuletzt angeführte Mechanismus den Störungen zugrunde liegt. Es ist ja eine entsprechende Einstellung nicht für alle Fälle mit Sicherheit zu erweisen, jedenfalls ist aber der Mechanismus ein wesensgleicher und ich glaube, daß sich

[1]) Fall 10.

durch eine entsprechend angelegte ausgedehntere Versuchsreihe die Details der bei der Depersonalisation nachgewiesenen Störungen erklären lassen werden.

Fasse ich die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so ergibt sich:

1. Bei fast allen Kranken finden sich Klagen über Störungen des Denkens. Meist wird über Mangel an Einfällen, Blässe der Ideen und Unfähigkeit zur Konzentration geklagt. Sehr viele Patienten bezeichnen ihre Gedanken nicht als ihre eigenen, ihr Denken als automatisch. In einem kleinen Teil der Fälle wird über die Zügellosigkeit des Gedankenablaufs geklagt. Schließlich finden sich Angaben über Phasen von erhöhter Denkfähigkeit.
2. Die objektive Untersuchung ergibt bei einer Reihe von Kranken keine Störungen irgendwelcher Art. Bei anderen muß tatsächlich eine Verarmung des Denkens angenommen werden und die Denkleistungen sind herabgesetzte. Die Angabe der inneren Ideenflucht muß als zutreffende Beschreibung angesehen werden.
3. Gelegentlich werden Angaben über evidente Bewußtheiten gemacht. Auch diese Evidenz läßt sich jedoch als eine unechte erweisen.
4. Die Erklärung der subjektiven Störungen ist darin gegeben, daß das Denken der Kranken ein widersprochenes ist. Weil sie ihre Denkanstrengungen nicht anerkennen, erscheint ihnen ihr Denken automatisch.
5. Die Unechtheit des Denkens im Verein mit der durch sie hervorgerufenen Tendenz zur Selbstbeobachtung ist imstande, die determinierende Tendenz abzuschwächen. Diese Abschwächung der determinierenden Tendenz kann sich in einem erhöhten Zudrang von Vorstellungsmaterial äußern. Überwiegt die Einstellung auf das eigene Erleben, so kann eine Verarmung des Denkens und des zuströmenden Vorstellungsmaterials resultieren. Soll ein bestimmtes Denkziel erreicht werden, so wird in beiden Fällen eine erhöhte Willensanstrengung notwendig sein.

Auch hier zeigt sich die Notwendigkeit einer Unterscheidung echten und unechten Aktgeschehens. Eine wirkliche Erklärung pathologischer Denkvorgänge ist hier wie überall nur bei eingehender Berücksichtigung der modernen Denkpsychologie möglich. Insbesondere ist die Lehre von der determinierenden Tendenz für die Pathologie von einer außerordentlichen Wichtigkeit. Anderenteils ist gerade das pathologische Material ein ausgezeichneter Prüfstein für die Richtigkeit dieser psychologischen Anschauungen.

Das Wollen.

Gottfried schuldigt als Ursache seiner Erkrankung direkt Willensstörungen an: Der Wille löst sich auf, tritt heraus und wird durch fremde, elektrische Willensströme ersetzt. Der kranke Wille regiert, er hat ihn nicht in der Gewalt, es ist ein irrsinniger Wille. Es ist ihm, wie wenn das ganze Streben wegleitet. Er vergleicht sich mit einer Holzpuppe. Johanna bezeichnet ihr Tun und Handeln, wie viele derartige Patienten, als automatisch. Die Klage über Automatismus im Handeln ist überhaupt bei unseren Patienten gewöhnlich. Sie kommt fast in allen Fällen in mehr oder minder ausgeprägtem Maße vor. Ka. gibt an, es fehlten die Zweckvorstellungen nicht, doch fände das Handeln ohne

Willensregungen statt. Auch der Oberst Krishabers klagt über erlahmende Energie. Auch die Kranken Janets äußern entsprechendes.

Fast in allen Fällen ist die objektive Untersuchung zu den Angaben der Patienten im Widerspruch. Selbst die sonst schwer Betroffenen beschäftigen sich. Die Patientin Bernard-Leroys näht, hilft bei der Krankenpflege. Ähnliches ist noch vielfach bei anderen Patienten verzeichnet. Es sei noch verwiesen auf die Angaben, die wir oben über eine Reihe von Patienten gemacht haben, die sich im Alltagsleben behaupten konnten. Wir können überhaupt im wesentlichen auf unsere Ausführungen über die Denkvorgänge verweisen.

Hervorgehoben sei noch, daß eine Reihe von Patienten, sich selbst überlassen, tatsächlich stumpf, apathisch, stuporös erscheint. Gottfried sitzt den ganzen Tag ohne Beschäftigung da, auch Johanna hat wenig Neigung zu einer solchen. Von Stuporformen anderer Art sind jedoch die hier vorliegenden scharf zu trennen. Das Wort des englischen Oberst von Krishaber gilt für alle derartigen Fälle. Sie finden ihre Energie wieder, wenn es sich um ihre Gesundheit handelt. Sind sie zu Beginn des Gespräches meist etwas kühl und nicht ganz leicht zugänglich, so löst sich das außerordentlich rasch, wenn von der Krankheit gesprochen wird. Insbesondere Johanna wird lebendig und spricht ausgiebig, ja sogar mit sorgfältiger Ausarbeitung des Formalen. Es scheidet dieses Verhalten die Kranken scharf von Kranken mit typischen melancholischem Stupor oder mit katatonem Stupor. Hier liegen Hemmungen vor, die man auf bestimmte Art jederzeit leicht brechen kann. Ich gehe hier auf die Erklärung der Zustände deshalb nicht näher ein, weil ich das über die Denkvorgänge Gesagte im wesentlichen wiederholen müßte. Die objektiven Störungen des Handelns sind Störungen der Einstellung. Es ist hier nicht zu entscheiden, ob und welche Beziehungen zu der Abulie der Psychasthenischen bestehen, resp. ob nicht ein schwach ausgebildetes Willensvermögen, eine geringe dynamische Kraft gewisser Einstellungen in der Konstitution dieser Kranken gelegen ist. Die tatsächlichen Unterlagen reichen für die Entscheidung dieser Fragen nicht aus. Auf die krankhafte Einstellung auf das eigene Leiden ist das Versagen des Willens gegenüber den Anforderungen der realen Außenwelt in einer Reihe von Fällen zurückführbar. Daß die Krankheit im Vordergrund des Interesses der Kranken steht, lehrt ein Blick auf die Krankengeschichten. Ich möchte an dieser Stelle nicht verfehlen, darauf zu verweisen, daß alle Kranken ausnahmslos auch Klagen über körperliche Beschwerden vorbringen. Am klarsten tritt das in den Krankengeschichten Krishabers hervor, der diesen Klagen besondere Beachtung schenkte. Aber selbst die ausführlicheren Krankengeschichten jener Autoren, deren Interesse anders gerichtet war (Oesterreich), verzeichnen diese Klagen. Die Patienten selbst schätzen sie durchaus nicht gering ein. Auch hierin kann eine Stütze der Annahme gesehen werden, daß die Patienten in besonderem Maße, auf sich selbst eingestellt sind.

Fasse ich das Wesentliche über die Willensstörungen zusammen, so ergibt sich:

1. Sämtliche Kranken klagen mehr oder weniger über den Nachlaß des Willens. Sie bezeichnen ihre Tätigkeit und ihr Handeln als automatisch und mechanisch.
2. In einer Reihe von Fällen führt die Willensstörung zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung der Funktionen des täglichen Lebens. Eine Reihe

von Patienten erscheint vollkommen energielos und ist unbrauchbar zu einer geregelten Beschäftigung.

3. Die Willenshemmung kann sich bis zu Zuständen steigern, die einen stuporösen Eindruck machen. Dieser Stupor ist dadurch charakterisiert, daß er in bestimmter Weise leicht durchbrochen werden kann.
4. Die Klagen über Automatismus entspringen daraus, daß das Individuum in seinen Willensakten nicht ungeteilt enthalten ist.
5. Die objektiven Störungen beruhen zum großen Teil auf einer Störung der Einstellung. Ob die dynamische Kraft des Wollens in einer Reihe von Fällen nicht der Anlage nach abnorm schwach ist, muß dahin gestellt bleiben.

Auch hier ergibt sich, daß das Wollen in zweierlei Weise vom Individuum ausgehen kann: In echter und in unechter. Auch das unechte Wollen ist für das Individuum unangenehm. Inwieweit die unechten Gefühle auf das Wollen von Einfluß sind, entzieht sich hier der Erörterung. Es ist immerhin denkbar, daß die Motivation durch sie und durch das unechte Denken bereits gestört ist.

Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein[1]).

Veränderungen im Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein sind dasjenige Symptom, welches uns zur zusammenfassenden Betrachtung dieser Störungen geführt hat. Sie kommen in verschiedener Ausprägung vor. Wir beginnen mit der mildesten.

Bei einzelnen Patienten findet sich nur die Angabe, sie seien verändert. So gibt Ti. an, es sei ein anderer als der gewöhnliche Zustand, als ob er alles beobachte und nichts empfände. Johanna fühlt sich gleichsam vollkommen verändert, sie finde sich nicht mehr in sich selbst zurecht, sie sei ein verkehrter Mensch. Prau sagt, es fehle das Bewußtsein des eigenen Ich. Gottfried gibt an, er sei im Charakter vollkommen verändert, „Ich bin vollkommen umgestülpt." Er habe gar keinen Zusammenhang mit seinem früheren Leben. Schließlich steigert sich der Zustand dahin, daß er sagt „Ich bin kein Mensch mehr, ich habe keine Seele mehr." Bemerkt muß werden, daß die Kranken das Gefühl haben, daß es sich um einen stets wechselnden Zustand handle. Gottfried sagt, es ist seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden. Eine ähnliche Angabe macht Ka., der berichtet, er habe mindestens zweihundert verschiedene Grade des Selbstbewußtseins erlebt.

Steigern sich die Erscheinungen, so treten Angaben, wie sie Gottfried vorbrachte, in den Vordergrund. So berichtet Ka., daß alles Ichgefühl fehlte. Er glaubt, daß das Ichbewußtsein sich parallel und gleichsinnig mit den Gefühlen gewandelt habe. Der Patient Balls gibt an, die Persönlichkeit sei absolut und vollständig verschwunden. „Es scheint mir als wenn das Ding, welches existiert, in nichts an das erinnert, was auf mein altes Ich Bezug hat." Wie tot sein, ist überhaupt ein Ausdruck, den unsere Patienten häufig gebrauchen. Ein Patient Krishabers meint, es sei, wie wenn er nicht existierte. Ich bin nicht mehr, es ist alles aus, sagt eine Kranke Försters.

[1]) Über die Begriffe Störung des Selbstbewußtseins und Störung des Persönlichkeitsbewußtseins siehe auch Beginn des III. Kapitels.

Besonders häufig sind Angaben, welche sich auf eine Verdoppelung der Persönlichkeit beziehen. Sehr eingehend sind die Angaben Oesterreichs. Sein Patient Ka. notiert:

„Starke Spaltung der Persönlichkeit, die Aufmerksamkeit richtet sich immer mehr nach innen. Die eine Gedankenreihe, die sich mit mir beschäftigte, trat immer mehr in den Vordergrund, meine eigentliche normale Persönlichkeit rückte ständig weiter zurück und trat endlich nur noch für Momente hervor.

Es gingen zwei Assoziationsketten durcheinander, die eine gehört zu mir, die andere war mechanisch dazwischen.

Bei zu wenig Arbeit entstand automatisch Selbstbeobachtung, wobei wieder Verdoppelung des Ich entstand."

Schon Krishaber hatte ähnliche Beobachtungen mitgeteilt. Einer seiner Kranken klagt darüber, er sei in ein beobachtendes und in ein ausführendes Ich geteilt. Eine andere Patientin sagt: „Es wohnte in mir ein neues Wesen, und mein zweiter Teil, das ehemalige Wesen, nahm keinen Anteil an dem neuen. Oft habe ich mir gesagt, daß mir die Schmerzen dieses neuen Wesens gleichgültig seien." Klare Angaben macht auch die Patientin Geißlers. Sie dachte an ihr Ich, wie an ein fremdes Wesen. Ein zweites Ich sah auf die Handlungen des ersten, wie auf die eines fremden Wesens. Leider sind die Angaben einer Patientin Juliusburgers nicht ganz eindeutig. Auch hier wird zwischen zwei Ichs unterschieden „eins sitzt im Kopfe, eins sitzt hier ..... das eine beobachtet immer alles und hört alles, ist nicht so persönlich, ist wie eine dritte Person, das andere will selber leben, möchte raus aus mir, sitzt hier unten in der Brust. Das eine Ich hat keine Gedanken, hört bloß, nimmt nur auf was es von anderen hört, das andere drängt so rauf, will leben ... Die beiden Ich kommen mir im Charakter so verschieden vor. Das Beobachtende im Kopf kommt mir so hochmütig vor." Auch in dem Fall Wernickes fehlen Angaben über Verdoppelungserscheinungen nicht. „Immer ist mir zu Mute als sei ich aus mehreren Menschen zusammengesetzt, von denen keiner der rechte Ich selbst sei." Auch bei Janet finden sich reichlich Angaben über Verdoppelungserscheinungen. Die Hauptangaben stammen allerdings von psychasthenischen Patienten, welche keine ausgesprochenen Depersonalisationserscheinungen zeigen. Schließlich sei noch die Angabe Praus erwähnt, der davon spricht, daß mehrere Personen in ihm nur durch Gedächtnisbrücken verbunden seien. Hesnards Patienten sprechen besonders häufig von derartigen Eindrücken. Auch bei Seglas finden sich Angaben.

Man kann zu einem großen Teil der hier erwähnten Störungen des Selbstbewußtseins, Störungen der „Einfühlungsvorgänge" entsprechender Art nachweisen. In den geringen Graden erscheinen die Leute der Umgebung wie Figuren eines Traumes (Krishaber), wie Phantome (Deny und Camus), wie Marionetten (Hesnard). Der Kranke Balls bezeichnet seine Umgebung als Sachen (choses), Gottfried spricht von seiner Umgebung auch als von Holzpuppen. Bei Johanna fehlen jedoch entsprechende Erscheinungen, andere Menschen kommen ihr glücklich vor. In sehr vielen Krankengeschichten finden sich keine genaueren Angaben.

Nun zur Analyse. Die Kranken haben ein gutes Recht zu sagen, sie seien verändert. Alle unsere Ausführungen haben ja gezeigt, daß ihre ganze Existenz eine schwerwiegende Störung erfahren hat. Sie nehmen anders wahr, denken

anders, fühlen und wollen anders als früher. Ihr ganzes Leben trägt den gleichen Charakter der Widersprochenheit und Unechtheit. Dieser Aktcharakter ist etwas letztes und nicht näher beschreibbares. Wir konnten aber auch im Hintergrunde des Akterlebens nicht vereinheitlichte Strebungen und Tendenzen nachweisen. Wir fanden hier die ständige Tendenz der Selbstbeobachtung, häufig aber auch andere der Grundrichtung widersprechende Gedanken und Willensrichtungen. Freilich mußte der Tendenz zur Selbstbeobachtung eine besondere Rolle zugeschrieben werden, denn sie fixiert ja die Halbheit, Unechtheit und Widersprochenheit des Erlebens. Allerdings glaube ich nicht, daß der Widerspruch ursprünglich in der gleichen Form gegeben war. Ich muß hier auf das Kapitel von der genetischen Psychologie der Depersonalisation verweisen. Also: Die Angabe der Kranken, ihr Innenleben sei völlig verändert und umgestülpt, beruht auf richtigen Beobachtungen.

Freilich werden wir sagen müssen, daß ein Ich da sein muß, welches den jetzigen Zustand an dem früheren mißt. Wenn der Kranke Balls sich als Sache bezeichnet, so muß er seinen eigenen Zustand irgendwie wahrnehmen und mit seinem früheren Dasein vergleichen. Wenn man also die Trennung von I und ME im Sinne von James vornimmt, so muß gesagt werden, bei der Depersonalisation ist das ME und nicht das I verändert. Das ist auch die Annahme von James. Auch Oesterreich vertritt jetzt einen ähnlichen Standpunkt, indem er zwischen Ich und Selbst scheidet und die Veränderungen in das Selbst verlegt.

Wir fügen hinzu: Das Ich ändert sich nicht, wenn das Erleben Widerspruch erfährt. Es ist das gleiche Ich, das echtes und unechtes erlebt, und ebenso wie ich das echte Erleben vor mich hinstellen kann, kann ich mir auch das unechte vergegenwärtigen. Der Ausdruck, ich habe mich geändert, ist dann nur ein ungenauer Bericht über Tatsächliches. Korrekt müßte gesagt werden, ich werde mir anders gearteter Erlebnisse bewußt. Es sind ja eben die Einzelerlebnisse des Ich, das selbst unverändert blieb, andere geworden. Der Depersonalisierte wird sich bewußt, daß seine Akte dem Charakter der Widersprochenheit zeigen, er weiß, daß sein Selbst sich geändert hat und wird sich damit auch bewußt, daß in der konkreten Folge seiner Erlebnisse das Ich anders erscheint. Man könnte zunächst sagen, es handelt sich um Störungen des Selbst und der Persönlichkeit, die registriert werden. Freilich werden sie nicht exakt und „objektiv" registriert. Es ist ja der Gesamtzustand des Individuums derartig, daß ein völlig adäquates Urteil noch weniger möglich sein wird als bei den Normalen. Wir sprechen infolgedessen auch ohne Bedenken von Störungen des Selbstbewußtseins (vgl. hierzu meinen Wiener Vortrag)[1]).

Stellt sich nämlich der Depersonalisierte sein unvollkommenes Erleben vor Augen, faßt er es in einem neuen Akt auf, wird in diesem neuen Akt eben jene Mangelhaftigkeit des Persönlichkeitsausdruckes im Erleben erfaßt, so kann dieses Erleben gleichsam verleugnet werden und als Unpersönliches und Automatisches bezeichnet werden. Aber jenes Ich, das den Akt als solchen beachtet, ist genau das gleiche Ich, welches es immer war und auch in dem schon vollzogenen Akte, der beobachtet und beurteilt wird, war zu der Zeit als er erlebt wurde das Ich darin, und es war auch nicht der Akt irgend eines Unpersönlichen oder irgend einer anderen Persönlichkeit. Im Grunde handelt es sich nur um eine

[1]) Auf die einschlägigen Fragestellungen verweist auch Ziegler.

Verselbständigung der einzelnen Wahrnehmungsakte, wenn man davon spricht, ein zweites Ich betrachte die eigenen Wahrnehmungen, wie die eines Fremden. Im wesentlichen liegt genau der gleiche Fall vor, wie wenn ich sage oder erfasse: Ich weiß, daß ich wahrnehme. In dem einen und in dem andern Fall ist es absurd zu sagen, das Ich sei verdoppelt.

Aber sofort ergibt sich die Frage, wenn in der Depersonalisation tatsächlich ein ähnlicher Sachverhalt vorliegt, warum fühlen wir uns denn nicht immer dann depersonalisiert, wenn wir uns selbst beobachten?

Haben wir doch auch hervorgehoben, welche wichtige Rolle die Selbstbeobachtung in der Depersonalisation spielt. Aber der Psychologe stellt das Erlebte vor sich hin und während er beobachtet, hat er nicht die Tendenz zu erleben. Deswegen ist es auch wichtig bei der Instruktion zu psychologischen Versuchen zunächst nicht zu beobachten und sich erst den perservierenden Inhalt vor Augen zu stellen (vgl. hierzu Ach.). Auch darf, während ich beobachte, nicht das Erlebnis selbst die Aktualität fordern. Wenn wir trauern werden wir meist keine entsprechenden Analysen zu geben imstande sein.

Und nun müssen wir nochmals scharf hervorheben, daß das Nichtvolleingehen in das Erlebnis bei der Depersonalisation eine bestimmte eigenartige Färbung besitzt, eben die Widersprochenheit. Man könnte ja sonst sagen, schon beim normalen Denken, Arbeiten und Handeln bleibt sehr vieles auf einer sehr geringen Bewußtseinstufe, um mich des Ausdrucks von Westphals zu bedienen, stehen. Wir haben sehr vieles im Bewußtsein, ohne es zu beachten und wenn wir es beachten, so müssen wir es nicht noch ausdrücklich konstatieren. Wenn wir denken, so strahlen wirklich zusammenfassende Akte nur nach wenigen Punkten hinaus, wir haben nur weniges wirklich im geistigen Griff. Alles das, was wir nicht im Griff haben, wird schließlich, so könnte man sagen, auch nicht in Akten erfaßt, in denen das Individuum ungeteilt lebt. Wir müßten also nach dieser Beweisführung bei jeder Denkaufgabe einigermaßen komplizierterer Struktur in den Zustand der Depersonalisation geraten. Damit wäre aber die entwickelte Auffassung ad absurdum geführt. Dieser Einwand führt uns darauf, daß unser Denken nicht etwa eine Zusammensetzung und Aneinanderreihung von einzelnen Teilakten ist, sondern daß es sich um komplizierte psychische Strukturen handelt. Ebenso wie es für das Handeln Bewegungsformeln gibt, so gibt es für jede geistige Tätigkeit Strukturformeln mit weitgehenden konstruktiven Überordnungen und Unterordnungen. In dem Willen, ein bestimmtes Problem zu lösen, in der Entwicklung eines bestimmten Gedankens, ist bereits enthalten, daß vieles nur auf der Stufe des Gegenwärtighabens bleibt, daß nur diese und jene Bewußtheit ausdrücklich konstatiert wird. Daß ich nur diesen und jenen Punkt des Denkvorganges wirklich im Griff habe. Es ist bereits gegeben, daß nur dieser und jener Gedanke aus seinem Keim voll entwickelt wird. Diese Strukturformel des Denkens muß einheitlich vollzogen werden, damit ein Akt aus voller Persönlichkeit vorliegt. Wenn ich einen mathematischen Beweis vollziehe, so werde ich mir nicht jeden Teilsatz voll zur Gegebenheit bringen dürfen und können. Aber wenn mir der Satz wirklich evident werden soll, so darf ich nicht neben der Strukturformel des Satzes den Gedanken vollziehen, was ich zum Mittagessen essen werde. Es darf dem Interesse an der Lösung des Problems nicht aus tieferen Schichten ein Widerspruch irgendwelcher Art entgegenkommen, sei es, daß dieser durch ein Gefühl, sei es, daß er durch einen

Gedanken repräsentiert werde. In gleicher Weise steht vor uns die Forderung, Wahrnehmungen, Gefühle und Handlungen in dieser Weise widerspruchslos zu vollziehen. Sind diese Bedingungen nicht gegeben, so kommen eben echte Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken und Handlungen nicht zum Vollzuge. Hier sei daran erinnert, daß die vorübergehenden Depersonalisationszustände beim Normalen nach Heymans dann eintreten, wenn das Individuum Unterhaltungen folgt, die ihm gleichgültig sind.

Und hier kann ich ein eigenes Erlebnis zum Beweis anführen.

Als ich vormittags eifrig mit Arbeit beschäftigt bin, kommt mein Patient X. zu mir, für den mein persönliches Interesse erschöpft ist, den ich aber aus bestimmten Gründen doch anhören muß. Er erzählt mir Dinge, die er mir schon oft in gleicher Weise erzählt hat. Ich antworte ihm, plötzlich höre ich meine Stimme wie die eines anderen, und habe nicht den Eindruck, selbst zu sprechen, wiewohl ich ziemlich Kompliziertes leicht und sinngemäß beantworte. Es ist alles in eine etwas andere Sphäre gerückt. Seine Worte stören mich und klingen mir etwas laut ins Ohr. Er selbst kommt mir etwas sonderbar und fremdartig vor, etwas starr und seltsam. Bald erscheint er mir etwas größer, bald etwas kleiner, meist auch etwas innerlich ferner gerückt. Die übrigen Gegenstände des Raumes gehen nicht gleichartige Veränderungen ein. Mein Körper erscheint mir nicht verändert (ich fasse absichtlich nach meiner Hand) nur habe ich das Gefühl, daß meine Miene etwas starr sei. Die ganze Situation ist nicht gerade angenehm, insbesonders dann, als ich ohne Erfolg den Zustand zu beendigen versuche. Gesamtgefühl des Unwillens und Ärgers. Zu sonstigen Gefühlen gibt die Situation keinen Anlaß.

Während der ganzen Beobachtungszeit entschwindet mir durchaus nicht das Bewußtsein, daß ich es bin, der hört und spricht, wiewohl ein eigenartiges „Als ob ich es nicht wäre", vorhanden ist.

Das Erlebnis zeigt deutlich die Entstehungsbedingung: Die innere Abwendung von der Situation. Sie bietet im übrigen das charakteristische Bild der Depersonalisationsattacke (die Dauer betrug etwa 10 Min.). Ich habe meinen bisherigen Ausführungen nichts hinzuzufügen. Das eigene Erlebnis bestätigt mir die Richtigkeit der vorangegangenen Analysen.

Es ist leicht verständlich, auch das Erleben der fremden Erlebnisse erleidet den gleichen Widerspruch, wie das der eigenen. Wir sehen zwar das Wahrnehmen beseelter fremder Iche als eine besondere Erlebnismodifikation an. Aber der Widerspruch erstreckt sich auch häufig auf diese Erlebnissphäre.

Wir haben ausgeführt, daß es die Unechtheit des Erlebens ist, welche zu dem Urteil führt, ich bin verändert. Dagegen kann man noch anführen. Zweifellos gibt es unechte Erlebnisse, ohne daß derjenige, der sie erlebt, selbst wenn er zum Bewußtsein der Unechtheit kommt, sich depersonalisiert fühlt. Es muß eben die Unechtheit des Erlebens breitere Erlebnissphären betreffen. Es muß für das betrachtende Individuum das unecht Erlebte den wesentlichen Teil seines Erlebnisses darstellen. Man erkennt, daß gelegentlich eine Gruppe seelischen Erlebens echt bleiben kann und daß sich das Individuum trotzdem als in seiner Persönlichkeit verändert bezeichnen kann.

Und nun eine letzte Beobachtung, die zeigen soll, wie sehr man Schematisierungen in diesen Dingen vermeiden muß. Es gibt Depersonalisationserleb-

nisse, in denen der Widerspruch und die Unechtheit des Erlebens sehr eigenartig charakterisiert sind. Ich führe zunächst eine Selbstbeobachtung an.

In leicht berauschtem Zustand (nach reichlichem Weingenuß) überkommt mich ein eigenartiges Gefühl. Die Umgebung erscheint (innerlich) fern gerückt und von einem anderen, der nicht vollständig Ich ist, wahrgenommen, und ich selbst beobachte die Wahrnehmungen dieses anderen. Die eigene Stimme und die Stimme dessen, der mit mir spricht ist mir fremd. Der Gang ist verändert und ungewohnt. Ich komme mir leicht und schwebend vor (soweit ich weiß, waren objektive Störungen nicht vorhanden). Die Gefühle sind vollkommen erhalten, nur gleichsam ferngerückt und von mir beobachtet. Wenn ich spreche und gehe, so beobachte ich mein Sprechen und Gehen. Ich gebe dann (sachgemäß) eine Auskunft und beobachte mich dabei. Die Gedanken scheinen mir nicht gehemmt. Der Gesamtzustand ist nicht unangenehm. (Über ähnliche Erscheinungen nach Haschischgenuß berichtet Moreau de Tours.)

Man kann hier nicht ohne weiteres von einem Widerpsruch der Tendenzen reden. Die Tendenzen des Erlebens und die des Beobachtens durchkreuzen sich allerdings. Auch hier sind die Tendenzen nicht vereinheitlicht. Aber dieser Mangel erscheint eben nicht als solcher im Erlebnis. Er fügt ihm nur einen eigenartigen Schauer hinzu, der etwas Angenehmes hat. Es wird auch die Gedankentätigkeit nicht als gehemmt empfunden, wiewohl sie offenbar zum Teil entfremdet ist. Vielleicht spielt eine selbständige Beeinflussung des Fühlens durch den Alkohol eine Rolle. Es scheint, daß die Widersprochenheit des Erlebens ein Unlustgefühl abgibt, welches das angenehme Gefühl der Berauschtheit eigenartig färbt und steigert.

Man kann damit vergleichen, daß die Patientin Löwys angenehme Zustände hat, die darin bestehen, daß sie von ihrem Körper nichts weiß, daß er ihr entfremdet ist, während ihr Denken ein freies ist.

Schließlich wird noch zu erwähnen sein, daß im Beginn der Depersonnalisationsattacke, das peinigende und quälende Fühlen doch wenigstens zurücktreten kann.

In den zuletzt erwähnten Fällen ist es die Freude über die Besiegung der Wirklichkeit, die das Erlebnis färbt. In der Falle der Intoxikation ändert diese selbst den Gefühlston der Situation.

Und jetzt können wir mit gutem Rechte unsere Erklärung der Depersonalisation wiederholen. Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. Es setzt somit die Depersonalisation eine bestimmte Summe erhaltener Fähigkeiten voraus. Die Veränderung des Selbst ist nicht die Folge der Veränderung irgend einer Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Erinnerungen und Denkvorgänge (wenn es überhaupt erlaubt ist, derartig zu sondern) sondern rührt daher, daß das zentrale Ich in das Selbst nicht mehr in der früheren Weise eingeht. Das Selbst erscheint entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entsprießt. Es genügt nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken dem Bewußtseinsstrome immanent sind, ja es genügt auch nicht, daß sie vom zentralen Ich erfaßt werden, es müssen vielmehr in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuelle Tendenzen des Ichs unwidersprochen, vereinheitlicht enthalten sein, wenn ein

befriedigendes volles Erleben zustande kommen soll. Das Erleben des Depersonalisierten ist ein widersprochenes nicht vereinheitlichtes. Und eben diese Uneinheitlichkeit und Widersprochenheit nimmt das Ich wahr.

1. Fassen wir zusammen: Ein Teil unserer Patienten gibt an in ihrem Selbst- und Persönlichkeitserlebnis vollkommen verändert zu sein. Diese Störung steigert sich bis zu den Äußerungen, es ist als existiere ich nicht. Es wird vereinzelt berichtet, daß sehr viele Arten des Persönlichkeitsbewußtseins abwechseln. In einer Reihe von Fällen wird über eigenartige Verdoppelungserlebnisse berichtet. Meistens ist es so, daß das Ich sich von einem andern Ich beachtet fühlt.
2. Die Beschreibungen der Kranken enthalten zweifellos Richtiges, sie wollen im wesentlichen die Widersprochenheit ihres Erlebens ausdrücken. Freilich ist diese Beschreibung häufig nicht vollkommen adäquat, das hängt mit dem Gesamtzustand der inneren Uneinigkeit zusammen.
3. Die Verdoppelungserlebnisse sind keine Verdoppelungen des Ich, sondern beruhen darauf, daß das Ich den Ablauf seiner Gedanken und Willensakte beachtet. Die Tendenz des Beachtens und die Tendenz des Erlebens widersprechen einander.
4. Die scheinbare Spaltung des Ich wird in einigen Fällen unterstützt durch eigenartige Fehllokalisationen des Denkens. Diese konnten experimentell auf Störungen der Einstellung zurückgeführt werden (s. S. 87).
5. Die Persönlichkeiten der anderen erscheinen dem Depersonalisierten häufig gleichsinnig mit der seinen verändert. Diese Tatsache erklärt sich dadurch, daß sich auch gegen das Erleben des fremden Gefühls und der fremden Strebungen der gleiche innere Widerspruch erhebt.

Diese Untersuchungen haben uns Bedingungen gezeigt, die erfüllt werden müssen, wenn ein volles Persönlichkeitserlebnis zustande kommen soll.

Kritik fremder Theorien der Depersonalisation.

Ich beginne mit einer Besprechung der Anschauungen Oesterreichs. Dieser hat in ausgedehnter Weise die Theorie entwickelt, die Depersonalisation sei eine Folge von Herabsetzungen und Hemmungen der Gefühle. Die Gefühle sind nach ihm in der Depersonalisation herabgesetzt oder sie fehlen vollkommen. Hier ist zunächst zu erwähnen, daß es eine Reihe von Fällen gibt, in denen die Kranken nicht über ihre Gefühle klagen. Es sind das die Fälle von Krishaber, Janet, Geißler, Seglas und Hesnard. Dugas und Moutier haben zwar diese Angabe angezweifelt. Während der vollständigen Krise sei stets die Affektivität gestört. Dieser Einspruch ist aber nicht berechtigt, denn der Fall Hesnards zeigt sehr schwere Störungen in anderer Hinsicht.

Eine Schwierigkeit für eine Theorie, welche die Depersonalisation von Gefühlen ableiten will, bieten auch jene Fälle, in denen nur die Gegenwart depersonalisiert ist (Touche), während die Vergangenheit voll erlebt wird, und weiter jene Fälle, in denen nur die Vergangenheit depersonalisiert ist, während das Leben in der Gegenwart keine Einbuße erlitten hat. Man wird sich nur schwer zu der Annahme entschließen können, daß es eine Scheidung gibt von Gefühlen, welche sich auf die Gegenwart beziehen und von Gefühlen, welche die Vergangenheit zum Gegenstand haben.

Der wichtigste Einwand ist jedoch der, daß sich nachweisen läßt, daß die Gefühle auch in den Fällen vorhanden sind, in denen über Gefühlsmangel geklagt wird. Ich verweise auf meine vorangehenden Auseinandersetzungen. Schließlich ist zu erwähnen, daß Patienten, welche über Gefühlshemmungen klagen, sich in ihrer Persönlichkeit häufig nicht in entsprechender Weise verändert finden. Jedenfalls ist es (wie unsere Ausführungen bezüglich der Melancholie noch zeigen werden) häufig, daß Gefühlshemmungen angegeben werden, ohne daß eine Veränderung der Außenwelt nachzuweisen ist.

Oesterreich hatte in seiner ersten Arbeit das Ich anscheinend im wesentlichen als Ergebnis der Gefühle aufgefaßt. Es können wenigstens die Schlußsätze seiner Arbeit kaum anders aufgefaßt werden. „Gleichartig ist das Ergebnis der Hemmung des Gefühlslebens auch für das innere Sein der Person. Sie fühlt sich in ihrem Selbst, ihrer Persönlichkeit verändert, fremd, ja sie erscheint sich als ein anderer oder verliert jedes Ichbewußtsein und wird zu einer toten Maschine. Es ist eine Existenz mit Bewußtsein, aber ohne Selbstbewußtsein, denn die Empfindungen des eigenen Körpers wie der Außenwelt und die Vorstellungen allein, ergeben noch kein Ich, kein Selbst, kein Persönlichkeitsbewußtsein." Oesterreich hat zwar erkannt, daß das Ich nicht als die Summe aktueller Prozesse aufgefaßt werden darf und hat seine Auffassung in seinem Buche entsprechend revidiert. Gleichwohl enthält auch die dort gegebene Darstellung jene Unzuträglichkeiten, die sich aus einer Gefühlstheorie der Depersonalisation ergeben. Er nimmt jetzt einen Gesamtzustand an, in dem ein qualitativ Neues hervorgetreten sei, eine Zuständlichkeit des Subjekts, die gleichwohl keine Gefühlszuständlichkeit sei und sich auch in eine andere Gruppe psychischer Phänomene nicht einordnen lasse. Es sei derjenige Zustand, in dem das Ich sich befinde, wenn seine normalen Gefühle und Funktionen aufhörten. Gleichwohl wird bei Oesterreich das Selbstbewußtsein als Apperzeption bezeichnet. Da nun der Depersonalisierte über Veränderungen des Selbstbewußtseins klagt, muß er also doch wohl apperzipieren. Nun vergleiche man hierzu noch, daß Prau eine gute Dissertation schreibt und Balls Kranker im Berufsleben tätig ist. All das ergibt, daß die Theorien Oesterreichs unmöglich richtig sein können.

Es ist also weder eine Herabsetzung der Gefühle noch ein vollständiges Verschwinden derselben als Ursache der Depersonalisation anzusehen. Hirts Anschauung deckt sich fast vollständig mit der Oesterreichs[1]).

II.

Daß diejenigen Theorien, welche eine Störung der Gemeinempfindungen als Ursache der Depersonalisation betrachten, in engster Verwandtschaft mit den Gefühlstheorien derselben stehen, geht schon daraus hervor, daß die meisten dieser Autoren Gemeinempfindungen und Gefühle gleichsetzen. (Ribot, James, Förster, Deny und Camus, d'Allonnes, Heilbronner, Juliusburger.) Gegen diese Theorien erhebt sich zunächst das Bedenken, daß eine Störung der Gemeinempfindungen niemals nachgewiesen wurde (die Beweise d'Allonnes sind keine solchen). Im übrigen erheben sich die gleichen Bedenken

[1]) Auch James soll in „The will to believe", ein Buch, das mir nicht zugänglich war, die Gefühlstheorie vertreten.

die gegen eine Gefühlstheorie erhoben wurden. Ich gehe auf die verschiedenen Variationen dieser somatopsychischen Theorien nicht näher ein. Es wird bald von einer Afunktion, bald von einer Hypofunktion gesprochen, bald von einer ungenügenden Beachtung der entsprechenden Sinneseindrücke.

Sollier bezieht diese Störungen auf Abänderungen der zerebralen Coenästhesie. Abgesehen davon, daß uns die Theorien Solliers auch sonst schlecht begründet erscheinen, treffen gegen diese Theorie alle jene Einwendungen zu, die wir oben formuliert haben.

Ich teile noch in aller Kürze zwei Krankengeschichten mit, welche zeigen sollen, daß auch schwere Störungen der Gemeinempfindungen keine Störungen hervorrufen müssen, welche denen der Depersonalisation entsprechen.

Fall 4. Anna L., geb. 1887. Familienanamnese belangslos, war früher aufgeregt und jähzornig. Sie ist seit 14 Jahren verheiratet. Drei Kinder sind am Leben, ein Kind starb $^1/_2$ Jahr alt. Das jüngste Kind ist zur Zeit der Aufnahme (23. V. 1913) 11 Wochen alt. Seit der letzten Schwangerschaft äußerte sie neurasthenisch-hypochondrische Beschwerden. Die Geburt war schmerzlos, sie wollte gleich nachher aufstehen und arbeiten. Sie ist schon seit langem schlaflos. Es sei alles vertrocknet im Leibe. Sie äußerte auch Suizidgedanken.

Sie äußerte nun in der Klinik folgende Klagen und Beschwerden bei völliger Luzidität und guter örtlicher und zeitlicher Orientierung. Seit Beginn der Schwangerschaft sei sie leidend. Sie habe jetzt gar kein Gefühl (meint damit offenbar Empfindungen), sie spüre es nicht, wenn sie sich verbrenne. Ob sie nackt gehe oder in Kleidern, spüre sie nicht. Ebenso sei es mit warm und kalt. „Wenn ich gehe, fühle ich gar nicht, daß ich Beine habe." Sie spüre nicht, wenn schönes Wetter sei. Hören, Sehen, Riechen und Schmecken seien ungestört. Die Geburt sei vollständig ohne Schmerzen von statten gegangen (auf Frage, sie freute sich richtig über das Kind). Der ganze Vorgang war komisch.

„Ich könnte immer essen und trinken." Sie spüre nicht den Druck der gefüllten Blase, der Stuhlgang sei schlecht (aber sie empfindet den Stuhldrang). Der Geschlechtsakt lasse sie kalt.

Sie schlafe überhaupt nicht. Trotzdem bekäme sie keine Kopfschmerzen. Sie schwitze nicht, alles sei trocken. „Ich bin eigentlich gar nicht traurig, alles ist ohne Interesse. Auch die Freude ist weg." Wie sie ihren Zustand nennen soll, weiß sie nicht. Sie könne sich nicht mehr ärgern, es sei wie verwelkt. Könne nicht bei Witzen lachen. Früher hätte sie richtig „geschmettert und gesungen", jetzt fühle sie nichts mehr. Sie empfindet nichts, wenn sie Zither spielen hört, wo es doch früher so schön war (unter dem Ausdruck des Seelenvollen).

Sie hat den Mann noch gerne und auch die Kinder; sie würde sich auch kränken, wenn etwas passierte, sie könnte aber nicht weinen; sie würde ihren Mann auch gerne sehen. Sie kann sich auch freudige Ereignisse vorstellen.

Gedächtnis und Sprache seien in Ordnung. Sie fühlt sich auch in ihrem Wesen durchaus nicht verändert gegen früher, sie sei völlig die gleiche geblieben.

Es ist zu bemerken, daß die objektiven Zeichen der Affekterregbarkeit bei ihr vorhanden sind.

Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindung an der gesamten Körperoberfläche. Im übrigen fehlen Konjunktival- und Würgreflexe.

Der weitere Verlauf ergibt nichts wesentliches, nur treten noch eine Reihe von hypochondrischen Klagen auf. Die Därme seien wie zusammengeschnürt, wie ausgetrocknet. Sie könne nicht gähnen, es lange dazu nicht in den Schläfen.

Zeichen von Hemmung sind niemals vorhanden gewesen, sie bringt alle ihre Beschwerden und Klagen fließend in etwas weinerlichem Tone vor.

Aus äußeren Gründen habe ich selbst die Patientin leider nur einmal untersuchen können, so daß die Untersuchung des Falles in mehrfacher Hinsicht unvollständig ist. Wir stoßen bereits bei der Diagnose auf Schwierigkeiten. Die Differentialdiagnose zwischen Psychasthenie und Hysterie ist nicht mit

Sicherheit zu führen. Doch halte ich, mit Rücksicht auf die Störungen der Schmerzempfindlichkeit, die Diagnose Hysterie für die wahrscheinlichere. Uns interessiert, daß die Patientin ihre Organempfindungen ebenso strikte negiert, wie die Patienten mit Depersonalisation. Es ist uns gleichgültig, ob die Organempfindungen nicht bemerkt (exakter: bemerkt und vernachlässigt) werden, wie dies als typisch hysterisch angesehen werden müßte, oder ob sie nur mangelhaft bemerkt werden. Jedenfalls sind Organempfindungsstörungen vorhanden, welche an Schwere, zu mindest denen gleich kommen, die in den Fällen von Revault d'Allonnes und Oesterreich verzeichnet sind. Gleichwohl fehlen Veränderungen des Persönlichkeitsbewußtseins vollkommen, und die Herabsetzung der Gefühle erreicht gleichfalls nicht den Grad, wie in dem Falle des erstgenannten Autors.

Man muß sich hier übrigens folgendes vor Augen halten. Die Patientin bezeichnet den Schmerzsinn gleichfalls als Fühlen. Sie selbst charakterisiert ihren Gesamtzustand als Mangel an Gefühl. Das alles verweist darauf, daß das Denken der Patientin unter dem einheitlichen Gedanken steht, nicht zu fühlen. Man kann also keineswegs ohne weiteres die Defekte der Gefühle auf die Störungen der inneren Sensibilität beziehen. Es scheinen hier sehr ähnliche Verhältnisse vorzuliegen, wie sie bei den Hypnoseversuchen Solliers (vgl. hierzu Stumpf) vorgelegen haben. Meines Erachtens handelt es sich nicht um eine Verknüpfung der Störungen untereinander, sondern beide stehen unter dem Einfluss der Idee nicht fühlen zu können. Daß die Patientin einen Grund hat, nicht mehr fühlen und sich nicht mehr ärgern zu wollen, sei noch erwähnt: Sie gibt an, sich mit dem Manne vielfach gezankt zu haben, da er ihr untreu war. Ihr Gefühlsbegriff ist der vulgäre. Dies sowie ihre geringe Intelligenz lassen verstehen, daß das ganze Krankheitsbild, ich möchte sagen, schlecht durchkomponiert ist.

Nun ein andersartiger Fall von Beeinträchtigung der Coenästhesie. Es sind halluzinatorisch bedingte Sensationen von weitgehendsten Veränderungen im eigenen Körper. Keine Spur von einer Abänderung der Gefühle und des Persönlichkeitsbewußtseins.

Fall 5. August E., geboren 1852, in die Klinik aufgenommen 1910. Er war zur Polizei gegangen, um sich zu beschweren, daß durch ihn gesprochen werde, gleichwie, wenn er eine Endstation einer drahtlosen Telegraphie wäre.

Man wüßte alles, was er tue und die Leute wären aus Deli mit ihm gekommen seit seiner Abreise von dort 1910. Seither keine wesentliche Änderung des Zustandes (nur geringe Schwankungen der Intensität). Er ist stets geordnet, orientiert und besonnen; er fühlt eine Fülle von Organbeeinflussungen, es gehe ständig ein Strom durch ihn hindurch, durch den Strom werden Stimmen erzeugt, die im Magen sitzen. Diese Stimmen sagen ihm laut, was er denkt, sie können alles eruieren und suchen die physiologische Funktion des Magens, der Muskeln, zu ergründen. Sie sprechen aber auch gemeine Dinge über ihn und sein Geschlechtsleben (mit gedämpfter Stimme, wie durchs Telephon, sprechen sie); es wird ihm auch zu Versuchszwecken der Darm zugeschnürt, ebenso auch der Magen. Seit etwa einem Jahr lebt er ohne Herz, dieses ist von den Leuten ausgeschaltet worden. Die Stimme und der Kehlkopf und die Zunge werden jetzt wieder gemacht, auch an der Blase ist etwas geändert worden. Sein Körper ist zeitweise unendlich schwer, dann wieder leicht, der Bauch ist wie aufgeschnitten, die Hand manchmal kleiner.

All das wird auf elektromagnetischem Wege erzeugt, auf diesem Wege entstehen auch die Stimmen, die ihm von diesen Veränderungen berichten. Die Stimmen sprechen in verschiedenen Sprachen, die Leute, die all dies machen, sind über ihm. Trotz dieser schweren, somatischen Halluzinationen hat der Patient niemals auch nur die geringste

Veränderung seines Persönlichkeitsbewußtseins gezeigt, er verneint auch auf ausdrückliche Fragen, daß er selbst in seinem Wesen sich wesentlich geändert hätte, es sei nur der Körper. Die Leute wollten ihn künstlich aufregen, aber das gelänge ihnen nicht.

III.

Gegen Theorien, welche ein Entfremdungsgefühl annehmen (Bernard-Leroy und Pick) habe ich mich ja bei der Besprechung der Wahrnehmungsstörungen bereits ausführlich gewendet. Ich möchte das Gesagte nicht wiederholen.

IV.

Eine besondere Beachtung verdient die Theorie, welche Löwy aufgestellt hat. Er nimmt spezifische Wahrnehmungs-, Denk- und Willensgefühle an, die mit dem Akt der Tätigkeit als solchen verbunden sind, dementsprechend spricht er auch von einem Fühlgefühl. Nun habe ich bereits erwähnt, daß diese Wahrnehmungs- und Willensgefühle, ebenso wie die anderen Aktivitätsgefühle, nur theoretisch postuliert, aber nicht wirklich nachgewiesen sind. Damit wäre diese Anschauung als unbegründet bezeichnet. Ich glaube jedoch, daß in ihr ein richtiger Kern enthalten ist. Das möchte ich hier etwas weiter ausführen, weil es uns auch so möglich sein wird, zu erkennen, inwieweit in den anderen Gefühlstheorien der Depersonalisation etwas Richtiges enthalten ist.

Wir knüpfen an unsere Ausführungen über Noesis und Noema. Wir hoben hervor, daß die Art, wie ich einen Gegenstand meine, für den gemeinten Gegenstand als solchen von Belang ist. Ein aufmerksam erfaßter Gegenstand weist parallel den Änderungen, welche der erfassende Akt erfuhr, in seinem noematischen Bestand gleichfalls Veränderungen auf. Dieser wichtige Parallelismus zwischen Noema und Noese ist von uns bereit in der Besprechung des Gefühlslebens der Depersonalisierten hervorgehoben worden. In unserer Einleitung ist jedoch hervorgehoben worden, daß ein ähnlicher, eigenartiger Parallelismus zwischen dem sinnlichen Gefühlsbestandteil und der Zuwendung zu ihm besteht. Wir führten aus, daß das Lustbetontsein des Gegenstandes gleichsam eine lustvolle Zuwendung fordert. Wir müssen also sagen, die Änderungen im Noema entsprechend der Änderung der Noese, haben in dem Parallelismus von Gefühl und Gefühlszuwendung ein gewisses Gegenbild. Wir verstehen so, weshalb die Änderungen im Noema, welche parallel zu der Widersprochenheit des ausführenden Aktes erfolgen, eine gewisse innere Verwandtschaft mit gefühlsmäßigen Veränderungen zeigen. Es ist also parallel mit dem psychischen Akte das aktmäßig Erfaßte in seiner inneren Struktur verändert. Freilich ist das nicht irgend ein Gefühl, das sich zu dem Akt hinzuaddiert. Jene Theory von Löwy hindert an der Einsicht, daß die Zuwendung im Akte selbst schon eine veränderte ist.

V.

Die ersten Untersucher der Krankheit nahmen eine Abänderung des Sinnesmateriales an. (Krishaber, Taine, Ribot, Dilthey, Herzen). Ich glaube, man würde diesen Beobachtern bereits Unrecht tun, wenn man annehmen würde, daß sie nicht auch an eine Störung der Wahrnehmung gedacht haben. Und nun muß mit aller Schärfe hervorgehoben werden, daß ja eine Störung der Wahrnehmungsfähigkeit, wie das auch Störring erkannt hat, tatsächlich besteht.

(Freilich können wir sie nicht als konstituierend für die übrigen Störungen denken.) Auf die Fruchtbarkeit einer derartigen Betrachtungsweise hat insbesonders Pick verwiesen. Ich komme darauf noch eingehend zurück. Auch Majano scheint ähnliche Anschauungen zu vertreten. Hier muß auch Bergson erwähnt werden. Er nimmt eine Störung der sensomotorischen Relationen des Organismus an, welche zu einer Lösung des Kontakts, des reinen Ich mit der Realität führe. Man würde diesen Anschauungen nicht gerecht werden, wenn man sich nicht gegenwärtig hält, daß nach Bergson in jeder Wahrnehmung bereits ein motorischer Faktor enthalten ist und dieser Faktor allein durch Hirnläsion angegriffen werden kann. Wenn wir also die Anschauung Bergsons in unsere gewöhnliche Nomenklatur übertragen, so heißt das, daß das reine Ich (die reine Erinnerung) sich nicht in der früheren Weise der Eindrücke aus der Außenwelt bemächtigen kann. Diese Anschauung scheint mir aber sehr viel Richtiges zu enthalten.

Storchs myopsychische Theorie hat mit dieser Anschauung nur eine oberflächliche Ähnlichkeit. Sie kann wohl eher den Coenästhesietheorien angereiht werden. Hier wird im Grunde wieder nur der Defekt der Wahrnehmungen dadurch erklärt, daß eine bestimmte Gruppe assoziierter Elemente ausfällt.

VI.

Eine Störung der Assoziationen ist keinesfalls als Ursache der Depersonalisation anzuschuldigen. Heymans dachte an eine zu geringe Wirksamkeit der Vorstellungen, die sich als Entfremdung geltend mache. Wenn aber die sich andrängenden Assoziationen zu schwach sind, müßte man erwarten, daß der Gegenstand nicht bloß fremd erscheint, sondern fremd ist. Das ist jedoch bei der Depersonalisation nicht der Fall. Wenn Heymanns von einer Schwäche der psychischen Energie spricht, so glaube ich allerdings, daß hierin etwas Richtiges gelegen ist.

Paulhan spricht von einem Überwiegen der Kontrastassoziationen, die eine Verminderung des Willens hervorrufe. Hierin scheint mir nur richtig zu sein, daß sich Widersprüche im seelischen Leben der Depersonalisierten tatsächlich ergeben.

VII.

Ich komme zu jenen Theorien, welche auf einen zentraleren Faktor rekurrieren. Die wichtigsten dieser Theorien sind die von Dugas und Moutier, Hesnard und Janet.

Dugas und Moutier sprechen meines Erachtens mit Unrecht von einer Apathie der Kranken. Aber sie führen noch einen neuen Faktor ein, sie meinen nämlich, daß die Eindrücke jeder Art, die Erinnerungen, die gegenwärtigen Erlebnisse und auch die Projekte für die Zukunft ihren persönlichen Charakter verlieren. Sie werden erlebt, aber ohne affektive Qualität, und sie bringen für denjenigen, der sie erlebt, weder Schmerz noch Freude. Infolgedessen werden sie von ihm nicht als die seinen anerkannt und er kennt sie nicht mehr. Hier ist aber zu sagen, es ist nicht richtig, daß die Erlebnisse deswegen nicht anerkannt werden, weil sie keinen Gefühlston haben. Dugas und Moutier finden, daß die Assimilation an das persönliche Ich gestört ist. Es fehle der Persönlichkeitskoeffizient, jene persönliche Synthese, in denen die Verbindung zwischen dem

Empfundenen und dem Subjekt, das sie empfindet, hergestellt wird. Unseres Erachtens ist aber die Frage gerade die, wodurch denn dieser „Persönlichkeitskoeffizient" gegeben werde. Die Autoren haben sich hierüber nicht eindeutig ausgesprochen. Manche ihrer Äußerungen legen nahe, daß ihnen es nicht bloß die Gefühle sind, so bezeichnen sie am Schlusse ihrer Ausführungen die Depersonalisation als désordre diffus de l'activité mentale avec inémotivité prédominante. Eine nähere Bestimmung jedoch fehlt durchaus. Manche Stellen weisen darauf hin, sie seien der Ansicht, das Erleben der Depersonalisierten spiele sich abseits des Ichbewußtseins ab, eine Anschauung, die ich für unrichtig halten muß. Anderenteils heißt es am Schlusse ihres Buches, die Depersonalisation sei keine Störung der Persönlichkeit, sondern nur die Qualität der psychischen Zustände habe sich geändert.

Die ganze Darstellung erleidet meines Erachtens durch die häufige Heranziehung des Begriffes des Automatismus eine Einbuße.

Nach Dugas und Moutier haben die Patienten die instinktive Fähigkeit behalten zu Handeln, können aber ihre Handlungen nicht willkürlich durchführen. („Ils se sentent diminués ayant gardé le pouvoir instinctif, mais perdu le pouvoir volontaire d'agir et de penser.") Dann wären die Depersonalisierten sehr beneidenswert, sie gehörten dann zu jenen glücklichen Menschen, die Überlegungen nicht brauchen, um das Richtige zu treffen. Dann heißt es wieder im ähnlichen Sinne, während der Krisis sei der Wille vernichtet und der Automatismus allein spiele. Hierzu ist im Gegensatz, das an anderer Stelle (Seite 203) gesagt wird, daß die Depersonalisation keinen neuen Automatismus bedinge, sondern nur eine neue Form darstelle, in der die Beziehung des Individuums zur menschlichen Maschine zu Bewußtsein kommt.

Schließlich ist es nach allen diesen Ausführungen verständlich, daß die Autoren eine Brücke von den subjektiven zu den objektiven Störungen nicht finden. So heißt es Seite 217, die intellektuellen Fähigkeiten der Depersonalisierten seien intakt und wenn Aprosexie und Abulie einträten, hinge diese nicht von der Depersonalisation im eigentlichen Sinne, sondern von der Asthenie ab, die ja schließlich auch die Depersonalisation hervorgebracht hätte. Ich kann demgegenüber nur auf meine eigene Darstellung verweisen.

Dugas hatte in seiner ersten Mitteilung in dem Automatismus noch stärker betont als in der zuletzt erwähnten Studie.

Grasset hat gleichfalls davon gesprochen, der unbewußte Automatismus würde in der Depersonalisation der Kranken bewußt, daher rührten die Störungen. Ich kann mich auch nicht mit dieser Fassung einverstanden erklären, wiewohl sie zweifellos Richtiges enthält. Ich würde es so formulieren, daß die Kranken häufiger bewußte Denk- und Willensanstrengungen setzen müssen, um zu einem bestimmten Ziele zu gelangen. Doch gilt das, wie im vorangehenden nachgelesen werden möge, nicht für alle Fälle.

Janet hat meiner Ansicht mit Recht hervorgehoben, daß die Verminderung der geistigen Synthese, die Verminderung der Systematisierung, der Einheit der im Bewußtseinsfelde vereinigten Elemente für das Verständnis der Depersonalisation herangezogen werden müssen. Das Gefühl des Automatismus, des Beherrschtseins, der unfreiwilligen Handlung rührt nach ihm daher, daß die Handlung nicht mit der ganzen Person verknüpft wird. Wir selbst haben deskriptiv darauf verwiesen, daß der Erlebnishintergrund der Depersonalisierten

einen Protest gegenüber der jeweiligen Wahrnehmung oder Betätigung enthält. Und dieser Widerspruch färbte das Wahrnehmen und die Betätigung. Auch wir haben ausgeführt, daß die Kranken diese Abänderung ihres gesamten Lebens in einem neuen Akte wahrnehmen und ihr jetziges Dasein den früheren gegenüberstellen. Man vergleiche hierzu den folgenden Passus aus Janet.

„Die dritte Tatsache, die eine große Rolle spielt, wenn nicht in der Konstitution, so doch wenigstens in dem Ausdruck der Unvollständigkeitsgefühle, ist die Erinnerung an den geistigen Zustand vor der Krankheit oder den geistigen Zustand, der von Zeit zu Zeit dank der nach aufwärts sich wendenden Oszillation der nervösen Spannung wieder auftritt. Die Kranken vergleichen unwillkürlich ihren gegenwärtigen Zustand mit dem einstigen. Aus diesem Grunde nennen viele sich verändert und behaupten, daß sie eine andere Person geworden sind ..... es scheint mir, daß sie nicht ganz Unrecht haben, denn es ist sicher, daß sie nicht mehr das sind, was sie waren .....

Noch einen Schritt weiter und die Kranken werden das Gefühl haben, daß sie ihre Persönlichkeit verloren haben, oder wenigstens ihre alte Persönlichkeit, daß sie nicht mehr sie selbst sind. Das Gefühl der Depersonalisation ist nur eine Art innerer Wahrnehmung der Störung der Realitätsfunktion. Es ist eine Form des Gefühls der Fremdheit, des Unvollständigen, des Irrellen, das sich an die Persönlichkeit knüpft, anstatt an die Dinge draußen geknüpft zu werden. Der Kranke konstatiert, daß er nur noch auf automatische Weise handelt, daß er die Vergangenheit wiederholt und sich nicht mehr an die Gegenwart anpaßt, er hat ein unbestimmtes Wissen davon, daß Leben, Handeln heißt, und daß das Unvermögen, seine Gedanken, seine Wünsche auf eine gegenwärtige Handlung zu konzentrieren, bedeutet, nicht mehr eine Persönlichkeit zu sein. Diese Bemerkungen übersetzen sich in ein Gefühl des nicht mehr als Persönlichkeit-Existierens, des Verschwindens der ehemaligen Persönlichkeit.“ (Nach der Übersetzung von Oesterreich.)

Gegen diese Darstellung habe ich nur einzuwenden, daß das Wesentliche der Depersonalisation, wie der folgende Abschnitt zeigen wird, nicht die Unfähigkeit zur Anpassung an die Wirklichkeit ist, sondern die Unfähigkeit, Gegenstände, sei es nun, daß diese Wirklichkeit oder nur phantasiert sind, voll zu fassen.

Hesnards Anschauungen berühren sich weitgehend mit denen Janets. Auch er begeht den Irrtum, den wir in den vorangehenden Zeilen herausgestellt haben. Er nimmt eine Insuffizienz der Perzeption an, die nur dadurch zustandekomme, daß die gegenwärtige Persönlichkeit zu vollen Synthesen nicht fähig ist. Er verkennt, daß die Unfähigkeit der Depersonalisierten sich auch auf ihre Phantasien erstreckt. Auch er spricht davon, daß Automatismus bei den Patienten vorhanden ist. Als Grundlage nimmt er eine Asthenie an, die sich in Amnesien, Aprosexie, Abulie und Affektstörungen äußere. Auch er verkennt, daß die Denkstörungen noch in einer viel engeren Beziehung zur Krankheit stehen. Sie sind nicht bloß die (hypothetische) Ursache der Depersonalisation. Es ist nicht richtig, daß die Depersonalisierten vor der Depersonalisation Abulie, Aprosexie etc. zeigen. Und selbst, wenn dies der Fall ist, die Erscheinungen werden stets mit dem Eintritt der Depersonalisation schwerere. Auf die genetische Psychologie der Depersonalisation komme ich übrigens noch mehrfach zurück.

Es bleibt noch anzuerkennen, daß Geißler richtig hervorgehoben hat, daß die Depersonalisation im wesentlichen dann zustande kommt, wenn wir uns mit einer Sache beschäftigen, während der Wunsch besteht, sich einer anderen zuzuwenden. In wie weitgehendem Maße dies richtig ist, haben ja die früheren Ausführungen gezeigt.

Löwenfeld und Kutzinski sprechen von Apperzeptionsstörungen. Löwenfeld mißt der Angst noch eine besondere Bedeutung zu. Uns erscheint der Begriff der Apperzeption ein zu allgemeiner und ungeklärter zu sein. Würden wir uns der Wundtschen Termologie bedienen, würden wir allerdings von Apperzeption sprechen; wir haben uns aber bemüht, diese Störungen näher zu charakterisieren. Daß der Widerspruch gelegentlich durch Angst repräsentiert wird, scheint mir eine richtige Beobachtung zu sein.

Schließlich noch einige Worte über Heveroch. Dieser Autor kommt dazu, eine besondere Funktion anzunehmen, die er als Ichtum bezeichnet. Seine Ausführungen sind vielfach dadurch mangelhaft, daß er das eigenartige „als ob" der Depersonalisierten verkennt und die Aussagen der Kranken zu wörtlich nimmt, im übrigen berühren sich seine Ausführungen weitgehend mit denen von Hesnard und Janet. Von einer besonderen Funktion des Ichtums zu sprechen, halte ich für nutzlos und verweise auf meine vorangegangenen Ausführungen.

VIII.

Ich präzisiere also meine eigene Anschauung nochmals dahin.

Bei der Depersonalisation sind die Wahrnehmungen, die Gefühle, die Erinnerungen, die Willensakte und die Denkleistungen widersprochen. Die Widersprochenheit oder Unechtheit eines Aktes ist ein deskriptiver Charakter des Aktes selbst. Es lassen sich jedoch weiterhin stets deskriptiv im Hintergrunde des Erlebens der Depersonalisierten die widersprechenden Tendenzen aufweisen.

In den klassischen Fällen der Depersonalisation erstreckt sich die Widersprochenheit auf das gesamte Erleben. Es läßt sich jedoch zeigen, daß eine weitgehende Selbständigkeit in den einzelnen Erlebnissphären besteht. Es können sowohl die Gefühle als auch die Wahrnehmungen gesondert Widerspruch erfahren. Bezüglich des isolierten Widerspruchs gegenüber Willens- und Denkvorgängen stehen beweisende Beobachtungen aus, doch ist zweifellos, daß sich derartiges früher oder später wird aufweisen lassen (vgl. übrigens auch Fall 7). Die Erinnerungen können isoliert widersprochen sein, auch kann eine scharfe Scheidung in bezug auf die Widersprochenheit der Gegenwart und der Vergangenheit bestehen.

Es wäre also falsch, die Widersprochenheit irgend einer Gruppe psychischer Elemente als Ursache der Widersprochenheit anderer anzusehen.

Das Erleben wird von dem Individuum nicht anerkannt, weil es eben widersprochen ist. Das Individuum vergleicht es mit seinem früheren Erleben und bezeichnet sich je nach der Extensität der Widersprochenheit und je nach der Schwere der Widersprochenheit als mehr oder minderschwer in seiner Persönlichkeit gestört. Die Angaben über die Verdoppelung der Persönlichkeit beruhen darauf, daß während der Selbstbeobachtung das Erleben mit der Tendenz zum aktuellen Erleben behaftet ist.

Der abnorme Seelenzustand begünstigt abnorme Einstellungen des Denkens, welche objektive Störungen auf dem Gebiete des Gedächtnisses, der Intellektualität und des Handelns hervorrufen.

Fonction du réel und Autismus.

Janet hat in überaus feinen Darlegungen versucht, auf Grund eines ähnlichen Krankenmaterials eine Hierarchie des Seelischen aufzustellen. Die höchststehende Funktion des Seelischen ist für ihn die „fonction du réel". Er findet einen Realitätskoeffizienten in allen seelischen Leistungen, den höchsten in jenen, wo eine kräftige, soziale und physische Wirkung ausgeübt wird. Er findet ihn aber auch in der Wahrnehmung, in der einheitlichen Erfassung der Persönlichkeit. Die gewohnheitsmäßige Handlung, die Handlung ohne Bewußtsein der Einheitlichkeit und inneren Freiheit birgt ihn nicht. Er fehlt dem mechanischen Gedächtnis der Träumerei. Ist es wirklich berechtigt derartig zu gruppieren? Der Depersonalisierte Oberst Krishabers, der Kranke Balls, wirken im realen Leben und in der Sozietät. Gleichwohl fehlt ihnen das, was Janet als die fonction du réel bezeichnet (ähnliche Einwände bei Sollier). Der phantastische Lügner, der Wahnbeherrschte haben aber die fonction du réel ebenso wie der tatenlose Träumer, der voll in seinen Phantasien lebt. Also die Wirklichkeitsfunktion im Sinne des Alltags ist es gar nicht, die das Wesen unserer Erkrankung ausmacht und die „fonction du réel" hat nichts mit dem Leben in der Wirklichkeit zu tun. Also was ist das für eine Funktion, die gestört ist, was ist eigentlich die fonction du réel? Unsere Analysen sind in dieser Hinsicht eindeutig. Das Ich geht nicht voll auf in den von ihm vollzogenen Akten. Es ist die Funktion der inneren Einheit der Persönlichkeit, die verloren gegangen ist, die Akte, die vom Ich ausgehen, enthalten nicht das ganze Ich, oder anders ausgedrückt: Das Individuum geht nicht voll auf in der Wahrnehmung, im Denken, im Urteilen, im Erinnern und Vorstellen. Wir stoßen auf die paradoxe Tatsache, daß wir um so mehr Ich selbst sind, je rückhaltloser wir uns den Gegenständen zuwenden und in ihnen aufgehen. Wir sind dann am meisten Ich, wenn wir dem Ich und seinen Handlungen unsere Aufmerksamkeit nicht zuwenden. Das erste Zeichen der Depersonalisation ist quälender Selbstbeobachtungszwang. Die Depersonalisation lehrt uns, daß ich Gedanken auf zweifache Art denken kann: Ich kann in den Gedanken aufgehen unter dem Gefühl des Glückes der inneren Einheit oder ich kann sie leichthin und nebenher denken, ihnen innerlich nur halb zugewendet. Wir betonen nochmals: Die Depersonalisierten leiden unter der Unfähigkeit sich der Außenwelt hinzugeben, leiden unter dem Zwang nicht ihr, sondern den eigenen Akten zugewendet zu sein, sie leiden aber auch unter der Unfähigkeit in der eigenen Gedankenwelt zu leben. Sie leiden darunter, nicht den Gegenständen im Sinn von Twardowski, Lipps, Meinong, Husserl zugewendet zu sein, in diesem Sinne, Gegenstände wirklich und einheitlich zu erfassen, ist die fonction du réel.

Wir werden uns klar machen müssen, daß die Störungen die Janet als Verlust des Sinns für die Wirklichkeit bezeichnet, nichts zu tun haben mit dem, was Bleuler und die Schweizer Schule als Autismus bezeichnen. Bleuler selbst ist sich über diesen Unterschied nicht klar geworden, er hält nur den Begriff Sinn für die Wirklichkeit für zu weit. Es handelt sich um Störungen, welche

überhaupt nichts miteinander zu tun haben. Das autistische Denken im Sinne Bleulers besteht darin, daß der Kranke in einer Welt für sich lebt und den Kontakt mit der Außenwelt fast vollkommen verloren hat. Bleuler bezeichnet diese Loslösung von der Wirklichkeit im Verein mit dem Überwiegen des Binnenlebens als Autismus. Hier liegt seiner Ansicht nach ein Denken vor, das von affektiven Bedürfnissen regiert wird. Es ist sofort zu sagen, auch der autistisch denkende Kranke ist in seinem autistischen Denken enthalten. Er hat also den einheitlichen Vollzug der Akte. Hier können Äußerungen Freuds erwähnt werden, welcher das paranoische System als einen Heilungsversuch und als eine Abwehrreaktion bezeichnet. Er hat wohl die gleichen deskriptiven Tatbestände im Auge.

Freilich ist es denkbar, daß sich der Kranke dem autistischen Denken im Sinne Bleulers nicht voll zuwendet, weil das reale Denken dem autistischen Denken aus tieferer Schichte widerspricht. Derartige Kranke hätten dann die fonction du réel im Janetschen Sinne gegenüber dem autistischen Denken verloren. Ich glaube, daß hiermit der Nachweis erbracht ist, daß das autistische Denken mit den uns interessierenden Störungen nichts zu tun hat.

Andernteils muß hervorgehoben werden, daß der Depersonalisierte durchaus den Gesetzen des logischen Denkens folgt, daß er die strengen Bedingungen des richtigen Denkens erfüllt.

Bleuler selbst hat diejenigen Fälle vermerkt, wo das autistische mit dem realen Denken in Widerspruch gerät und er vermerkt, daß diese Patienten sich beklagten, die Wirklichkeit sehe anders aus als früher; die Dinge und Personen seien nicht mehr das, als was sie bezeichnet würden, seien anders, fremd und hätten keine Beziehungen zu den Patienten. Er führt folgende Äußerung einer Patientin an: sie „hat angefangen sich in ein ganz anderes Leben hineinzudenken; wenn sie dann verglich, war alles anders; auch der Geliebte ist gar nicht so wie sie sich ihn vorstellt." In der Tat ist meines Erachtens die Deutung, die Bleuler diesen Fremdheitseindrücken gibt, gerechtfertigt Auch ich glaube, daß ein Widerspruch aus einer anderen Schichte des Denkens an derartigen Erscheinungen Schuld trägt. Jung hat derartige Erscheinungen als erster bei der Dementia praecox verzeichnet.

Es hat sich also ergeben, daß die Schizophrenen den Gebilden ihres Wahnes gegenüber, den Wirklichkeitssinn im Sinne von Janet besitzen können. Es verweist das darauf, daß die bisher gegebenen Einsichten noch nicht das volle Icherlebnis umschreiben, daß durch sie noch nicht umgrenzt wird, was Bergson mit der wahrhaft freien Handlung meint, mit der Handlung, die aus der reinen Dauer stammt. Wir konnten bisher nur einer jenen Bedingungen aufweisen, welche die freie Handlung ausschließen. Wir werden im folgenden zeigen, daß für das Zustandekommen der freien Handlung, der repräsentativen Handlung der Persönlichkeit, nicht bloß die Vereinheitlichung der aktuell gegebenen Tendenzen notwendig ist, sondern daß sämtliche mögliche Tendenzen des Individuums vereinheitlicht sein müssen. Das erklärt auch die geringe Werthöhe des Erlebens einzelner Sinneseindrücke, von denen der aus der Ohnmacht erwachende gefesselt wird. Es ist die Zahl der aktuellen Tendenzen, die vereinheitlicht wird, eine äußerst geringe im Verhältnis zu der Zahl der in diesem Individuum möglichen Tendenzen. Die wahrhaft freie Handlung im Sinne Bergsons ist also auch in diesen Fällen des einheitlichen Aktvollzuges nicht erreicht. Ob die

Zuwendung zu den Gebilden des Wahnes ihr entspricht, kann an dieser Stelle nicht erörtert werden. Aber wir greifen voraus: Wir werden es später noch ausführen, daß hochwertige Synthesen anscheinend nur dann dauernd gelichtet werden, wenn das Individuum mit der Wirklichkeit in stetem Kontakt lebt.

Psychologische Differentialdiagnose der Depersonalisation.

Es liegen über die Differentialdiagnose der Depersonalisation eine Reihe von Äußerungen französischer Autoren vor. Doch haben weder Dugas und Moutier noch Hesnard genügend beachtet, daß die psychologische Differenz noch nichts besagt über die klinische Verwandtschaft. Klinische und psychologische Gesichtspunkte müssen vollständig getrennt werden. Das wird auch aus unseren späteren Ausführungen noch hinreichend deutlich hervorgehen. Es soll noch erörtert werden, unter welchen Kautelen man berechtigt ist, psychologische Kriterien zur Abgrenzung von Krankheitsbildern heranzuziehen. Im Sinne Wernickes möchte ich schon jetzt hervorheben, daß dem gleichen psychologischen Mechanismus Symptome zugrunde liegen können, welche wesensverschiedenen Erkrankungen angehören. Das hier Gesagte soll nur vor Mißverständnissen schützen, welche diese rein psychologische Abgrenzung treffen könnten.

Die prinzipielle Differenz gegenüber hysterischen Störungen ist darin gegeben, daß bei der Hysterie[1]) reale Krankheitserscheinungen produziert werden. Während der Depersonalisierte sagt: Wiewohl ich sehe, ist es mir als ob ich blind sei, sind beim Hysterischen tatsächlich Sehstörungen vorhanden. Die gleiche prinzipielle Differenz findet sich bei den Störungen auf anderen Sinnesgebieten. Es ist klar, daß man verschiedene Mechanismen für beide Störungen anzunehmen hat. Der gleiche Gegensatz findet sich auch auf den Gebieten der Vorstellungen und der Erinnerungen. Während der Hysterische Erinnerungsdefekte hat (auf deren Natur wir hier nicht einzugehen brauchen) sind solche beim Depersonalisierten nicht nachweisbar oder sie lassen sich wenigstens durch ganz bestimmte Störungen der Einstellung erklären. Auch die Störung des Gefühlslebens zeigt die gleichen Differenzen. Zur Gefühlslosigkeit der Hysterischen verhält sich die Gefühlslosigkeit der Depersonalisierten, so wie die Störung des Sehens, welche dem „Als ob ich blind wäre" zugrunde liegt, zu der hysterischen Amaurose. Die gleiche Differenz wiederum auf dem Gebiet des Persönlichkeitsbewußtseins. Bei der Hysterie erfolgt tatsächlich die Umwandlung einer „Persönlichkeit" in eine andere (auch hier verzichten wir zunächst auf eine genauere Analyse), der Depersonalisierte klagt, es sei, als ob er sich verändert habe, es sei, wie wenn er nicht existierte. Wichtiger als diese groben Unterscheidungen ist die Frage, wie wir Aussagen zu bewerten haben, die mit denen der Depersonalisation übereinstimmen, wenn daneben wirkliche Störungen der Sensibilität vorhanden sind. Ich gebe zunächst eine Beobachtung von Pronier wieder (die sich bei Sollier findet[2])).

---

[1]) Hysterie wird zunächst als Bezeichnung für einen Symptomenkomplex gebraucht, den wir in einigen Punkten skizzieren. Wenn wir von einer Krankheit Hysterie sprechen, machen wir das besonders kenntlich, die Existenz einer derartigen Krankheit ist strittig.

[2]) Le mécanisme des émotions. Leider war mir die Vorrede Janets zu dem Buche von Jastrow, die sich mit der Differentialdiagnose psychasthenischer und hysterischer Symptome beschäftigt, nicht zugänglich.

Ein 44jähriger, hereditär belastet, seit der Kindheit neuropathisch. Mit 22 Jahren im Anschluß an lebhaften Kummer Konvulsionen, gefolgt von Erregungen und Delir. Mit 25 Jahren unmerkliche Veränderung der Charakters, zunehmende Schwäche der Beine mit heftigen Zitteranfällen bei der geringsten Aufregung. Verschlechterung während der nachfolgenden zehn Jahre. Mit 35 Jahren Aufnahme in das Hospital, wo man außer der allgemeinen Schwäche Intentionstremor und Sprachstörungen konstatiert. Mit 41 Jahren anästhetische Stellen an der Vorderseite der Schenkel, dann Ausdehnung der Anästhesie, die allmählich den gesamten Körper betrifft, und zwar für alle Qualitäten gleichmäßig. Schließlich erfolgt eine völlige Lähmung des Bewegungsapparates. Die Kraft ist stark vermindert; Gehen ist fast unmöglich, die Mimik ist ausdruckslos, die Sprache ist langsam und gestört. Die Berührungsempfindlichkeit ist vollständig vernichtet, ebenso wie die Druckempfindlichkeit. Der Wärmesinn ist verschwunden. Die Analgesie ist vollständig. Die Schleimhäute der Bindehaut, der Zunge, des Pharynx etc. sind vollkommen unempfindlich gegenüber allen Reizen. Der Magen, das Rektum sind in gleicher Weise unempfindlich, die Muskelempfindung ist vollständig erloschen. Das Gefühl des Hungers und der Sättigung ist geschwunden. Das Bedürfnis des Wasserlassens und der Defäkation wird nicht gefühlt, der Kranke ist unrein. Der Gesichtssinn ist geschwächt, das Gehör ist fast normal, Geruch und Geschmack sind geschwunden. Die Haut und Sehnenreflexe sind geschwunden. Nach den Untersuchungen Solliers ist auch der Atemapparat und das Herz anästhetisch. „Ich weiß, sagt er, daß ich ein Herz habe, aber ich fühle es nicht schlagen, wenige Momente ausgenommen und dann nur schwach." Wenn ein Ereignis kommt, das ihn aufregen sollte, so fühlt er es nicht, er fühlt auch nicht seinen Atem und er weiß nicht ob er einen tiefen oder flachen Atemzug macht. „Ich fühle mich nicht lebend." In der ersten Zeit seiner Erkrankung überkam es ihn öfters, daß er glaubte tot zu sein. Er weiß nicht, ob er schläft oder ob er wacht. Bald schläft er einen schweren Schlaf, bald schläft er überhaupt nicht. Ich habe keinen Schlaf, wie alle Welt, und wenn ich erwacht bin faßt mich die Idee, daß ein Unglück über mich gekommen ist und ich habe Angst." Er denkt zeitweise an nichts. Wenn er an etwas denkt, so ist es seine Wirtschaft oder der Krieg von 1870, den er mitgemacht hat. Die Leute, die er gehen und kommen sieht, sind ihm vollkommen gleichgültig. Er legt sich keine Rechenschaft darüber ab, was sie tun. Bisweilen, sagt er, sehen sie wie unnatürliche Menschen aus, wie mechanische Menschen. Diese Störungen in der Wahrnehmung der Außenwelt durch den Gesichtssinn sind auch für das Gehör vorhanden. „Ich höre nicht mehr in der gleichen Weise, man könnte sagen, daß dies in meinem Ohre hallt, aber daß es nicht in meinen Kopf eintritt, es bleibt nicht lange daselbst." Seine Aprosexie ist vollständig und er ist unfähig, sich für irgend etwas zu interessieren.

Nichts macht ihm Vergnügen. Ich bin unempfindlich gegenüber allem, nichts interessiert mich, ich liebe niemanden und habe auch gegen niemanden Abscheu. Er weiß nicht einmal, ob es ihm Vergnügen machen würde, gesund zu werden und die Versicherung, die ihm gegeben wird, daß das möglich ist, ruft keine Reaktionen bei ihm hervor, weder Überraschung noch Zweifel. Das einzige, was ihn ein wenig zu erregen scheint, ist der Besuch seiner Frau. Wenn sie in den Saal kommt, „das gibt mir einen Stoß im Magen, aber sobald ich sie sehe, möchte ich, daß sie wieder fort ist." Häufig hat er Furcht, daß seine Tochter gestorben sei. „Wäre sie tot, ich glaube nicht, daß ich sie überlebte. Gleichwohl würde es mir nichts ausmachen, wenn ich sie nicht wieder sehen würde."

Die Vorstellungen sind verschwunden und er kann sich seine Frau nicht mehr vorstellen, wenn sie fortgegangen ist. Die Schwäche der Vorstellungen ruft bei ihm einen Zustand der Unsicherheit hervor. „Ich bin niemals sicher irgend einer Sache." Nichts überrascht ihn, nichts wundert ihn. Dieser Zustand von Apathie, von Indifferenz, von extremer, vielleicht vollständiger Unerregbarkeit, ist allmählich gekommen und entwickelte sich parallel zur Anästhesie.

Dieser Fall zeigt die weitgehendsten Parallelen zu den Fällen der Depersonalisation. Aber die gesamte Störung liegt, wenn ich so sagen darf, in einem anderen geistigen Niveau; dort, wo unsere Kranken darüber klagen, sie seien nicht erregbar, ist dieser Kranke nicht erregbar, dort wo sie klagen, sie könnten nicht vorstellen, kann dieser nicht vorstellen. Hier besteht tatsächlich affektive

Indifferenz, über welche die Depersonalisierten nur klagen[1]). Es stellt dieser Fall in geradezu klassischer Weise das hysterische Pendant zur Depersonalisation dar. Und es erhebt sich sofort die Frage, ob es nicht doch psychologische Übergänge zwischen beiden Formen gibt. Man kann sich ja in der Tat vielfach des Eindruckes nicht erwehren, daß die hysterische Störung ein höherer Grad der uns hier interessierenden sei. Wir erinnern, daß die Kranke Försters zeitweise angibt, sie sehe überhaupt nichts, daß d'Allonnes glaubt, in seinem Fall tatsächlich Sensibilitätsstörungen gefunden zu haben. Andernteils könnte man daran erinnern, daß auch die hysterischen Sensibilitätsstörungen gelegentlich dadurch überwunden werden können, daß man in die Kranken dringt, oder daß man ihre Aufmerksamkeit ablenkt. Die theoretische Möglichkeit von Berührungspunkten ist also gegeben.

Andernteils versagen auch diese schematischen Unterscheidungen gegenüber den hypochondrischen Beschwerden der Depersonalisierten. Man findet schon unter den Fällen Krishabers solche, welche zweifellos klinisch als Hysterien angesprochen werden müssen. Auch bei meiner Patientin Johanna finden sich eine Reihe hysterischer Zeichen: Wein- und Lachkrämpfe, Pseudohalluzinationen von Blut.

Schließlich bringt das Buch von Sollier eine Fülle von hierhergehörigem Materiale über Störungen, welche als Widersprochenheit des Erlebens angesehen werden müssen. In einem späteren Kapitel wird eine Reihe derselben wiedergegeben. Aber der Fall, den wir jetzt wiedergaben, ist in dieser Hinsicht am lehrreichsten.

Der Kranke, der gut hört, berichtet über das Gehörte, es dringe nicht in den Kopf ein (die Störungen des Gesichtsinnes sind ähnlich). Man wird nicht leugnen können, daß diese Störung den von uns beschriebenen entspricht. Der Gesamtzustand widerstrebt dem vollen Erleben auch auf einem einzelnen Sinnesgebiete.

Hier liegt der Fall vor, daß die hysterischen Störungen auf die nicht direkt betroffenen Sinnesgebiete sehr beeinträchtigend wirken. Es liegt hier ein Mechanismus vor, welcher dem beim Psychasthenischen und Depersonalisierten im wesentlichen entspricht. Ob nicht auch Klagen, wie die des Wietotseins und Angaben, wie die, daß die Menschen als Maschinen erschienen, bei den Kranken Solliers in dieser Weise als sekundär entstanden zu denken sind, muß dahingestellt bleiben. Man muß jedenfalls im Auge behalten, daß die Verdrängung auf einem seelischen Gebiete, die Widersprochenheit in anderen nach sich ziehen kann. Und im Einzelfalle wird es nicht leicht sein, festzustellen, welche Störung der Äußerung: ich bin wie tot, zugrunde liegt (vgl. Kapitel II).

Jedenfalls verweise ich auf diese komplizierten Zusammenhänge, welche geeignet sind, eindringlich vor Schematisierungen zu warnen. Es sei nochmals betont, daß die voranstehenden Ausführungen nichts zu tun haben mit der Frage nach der klinischen Beziehung psychasthenischer und hysterischer Zustände zueinander.

---

[1]) Man lese jedoch unsere Ausführungen zur Psychologie der Hysterie in den letzten Teilen des dritten Kapitels nach. Dieses Nicht-Vorhandensein des Vorstellungsvermögens etc. zeigt nämlich eine bestimmte Eigenart.

Die zweite Frage ist diejenige, ob psychologische Beziehungen zwischen den Gefühlshemmungen der Melancholischen[1]) und der Psychasthenischen bestehen. Es wird aus den vorangehenden Ausführungen bereits klar geworden sein, daß das Symptomenkomplex der Depersonalisation im wesentlichen der von den Autoren als Kardinalsymptom der Melancholie bezeichneten subjektiven Hemmung entspricht. Die Analyse der „Gefühlshemmung" bei Melancholischen ergibt keine wesentlichen Anhaltspunkte dafür, daß eine Differenz gegenüber der psychasthenischen „Gefühlsstörung" vorhanden ist. Ich glaube also, daß bei den Gefühlshemmungen der Melancholischen vielfach der gleiche Mechanismus vorliegt, wie bei der Depersonalisation. Bei einem von mir genauer untersuchten Fall war mir nun folgendes auffällig. Es gelingt sehr leicht, die Depersonalisierten zum Lachen zu bringen. Es gelang mir nicht bei dieser Kranken. Liegt hier nicht doch ein Zeichen dafür vor, daß neben der subjektiven Hemmung noch ein pathologischer Affekt der Traurigkeit besteht? Es würde sich dann nur um eine partielle Identität handeln, eine Entfremdung in bezug auf pathologische traurige Affekte. Es würde dann in diesen Fällen neben dem psychasthenischen Mechanismus, wenn ich so sagen darf, noch ein zweiter, davon vollkommen unabhängiger ablaufen. Doch ist das mir zugängliche Material zu gering, um definitive Entscheidungen treffen zu können. Die Unabhängigkeit der objektiven Hemmung von der subjektiven habe ich bereits hinlänglich eindringlich betont. Ich kann hier noch hinzufügen, daß ich die ausgesprochensten Grade der subjektiven Hemmung in Fällen mir nur geringer oder fehlender objektiver Hemmung gefunden habe. Bringt man hingegen schwer objektiv gehemmte Kranke zum Sprechen, so kommen Versündigungsideen zum Vorschein. Ich habe nach diesen Gesichtspunkten 8 Jahrgänge der Frauenaufnahmen der Leipziger Klinik durchgesehen. Das oben Behauptete hat sich bestätigt. Es scheinen also die Symptome subjektiver Hemmung zu denen objektiver, in keinen irgendwie bestimmten Verhältnissen zu stehen. Das mir zu Gebote stehende Material von subjektiver Hemmung mit gleichzeitig vorhandener objektiver Hemmung, macht es mir wahrscheinlich, daß die objektive Hemmung irgendwie mit dem traurigen Affekt in Zusammenhang steht. Doch sind darüber noch Untersuchungen im Gange (vgl. auch das folgende Kapitel II). Auch der pathologische Affekt der Traurigkeit kann also der „subjektiven Hemmung" unterliegen.

Die im Beginn der Dementia praecox schon von Jung beobachtenden Gefühle der Irrealität und des Traumhaften wird man vielfach direkt mit denen der Depersonalisation identifizieren dürfen. Ein psychologischer Unterschied gegenüber denen der Depersonalisation ist nur insoweit gegeben, als sie häufig nur vereinzelte im Gebiete des Seelischen betreffen. Das Gleiche kann man aber bezüglich der „Sentiments d'incompletude" der Psychasthenischen sagen. Es sind Teile des Gesamtsymptomenkomplexes der Depersonalisation[2]).

Ich glaube hiermit im wesentlichen die psychologische Differentialdiagnose der Depersonalisation abgeschlossen zu haben. Über die klinischen Beziehungen orientieren spätere Ausführungen.

---

[1]) Wir meinen wieder zunächst nur die so bezeichneten Gruppierungen von Symptomen.

[2]) Nach Jung und Bleuler ist ein großer Teil der Psychasthenischen Janets der Dementia praecox-Gruppe zuzuzählen, eine Auffassung, die mir sehr zweifelhaft ist.

Über die genetisch-psychologische Erklärung der Depersonalisation.

„Wenn wir — so führt Geiger in seinem Referate über die Einfühlung aus — ein Kind nach einem Apfel greifen sehen und sehen, daß es ihm nicht gelingt, den Apfel zu fassen und das Kind beginnt zu weinen, dann verstehen wir nicht nur die beiden isolierten Tatbestände: Das Nach-dem-Apfel-greifen und das Weinen, sondern auch den inneren Zusammenhang dieser Tatbestände, wir verstehen, daß das Kind traurig ist, weil es den Apfel nicht bekommen konnte. Diese Art des Verständnisses baut sich auf, auf einfachere Einfühlungserlebnisse, es ist ein Nacherleben, ein wirkliches seelisches Nachbilden der Erlebnisse des anderen. Dabei bleibt das Bewußtsein erhalten, daß die nachgebildeten seelischen Erlebnisse, die eines anderen sind." Auf dieses einfühlende Verstehen hat außer Geiger noch eine Reihe anderer Autoren hingewiesen, insbesonders Münsterberg, Elsenhans und Simmel (zitiert nach Geiger). Geiger hat bereits scharf darauf verwiesen, daß hier ein methodisches Erkenntnismittel der Psychologie vorliegt. „Wie wir uns selbst durch Selbstbeobachtung erkennen, so erkennen wir die anderen mittelst Einfühlen."

Jaspers hat in einer Reihe von Arbeiten auf die Wichtigkeit dieses einfühlenden, nacherlebenden Verstehens hingewiesen und hat sich insbesondere um die Sonderung dieser verständlichen Zusammenhänge von kausalen Zusammenhängen bemüht. Es ist die Unterscheidung verständlicher und kausaler Zusammenhänge für die Psychiatrie zweifellos von methodischer Bedeutung.

Wir behandeln in diesem Kapitel ausschließlich die verständlichen Zusammenhänge in der Depersonalisation. Auf die kausalen wird erst im folgenden eingegangen werden.

Heilbronner hat sich in einer kleinen Studie bemüht zu zeigen, daß das Hauptsymptom der Melancholie die Hemmung sei. Er betont an dieser, wie auch an anderen Stellen, die Unsicherheit der Ableitung psychischer Symptome voneinander. Er bemüht sich an einem Depersonalisationsfall zu zeigen, daß die Hemmung imstande sei, die Verstimmung zu erzeugen. An sich muß zugegeben werden, daß das Bewußtsein nicht in der gleichen Weise tätig sein kann, nicht in der gleichen Weise zu fühlen als Ursache von Depressionen gedacht werden kann. Zwingend ist jedoch die Annahme eines derartigen Zusammenhanges keineswegs. Wenn auch die Möglichkeit derartiger Zusammenhänge zugegeben werden muß; sie scheinen mir nicht verwirklicht zu sein. Ich werde noch Gelegenheit haben zu zeigen, daß auch beträchtliche Grade objektiver Hemmung nicht immer bewußt werden müssen und daß sie, wenn sie konstatiert werden, in richtiger Weise eingeschätzt werden können. Wir haben ja im vorangehenden subjektive und objektive Hemmung prinzipiell geschieden, weil wir bei den extremsten Graden subjektiver Hemmung objektive Hemmung in dem gebräuchlichen Sinn des Wortes vermissen. Wir konnten nicht die eine als den geringeren Grad der anderen ansehen. Es ist zunächst die Aufgabe einer Psychopathologie der Melancholie, die objektive Hemmung einer minutiösen Untersuchung zu unterziehen und ihren Beziehungen zu dem traurigen Affekt und zu den Versündigungsideen nachzugehen. Ich kann keineswegs anerkennen, daß Hemmung das „Kardinalsymptom" der Melancholie sei.

Aus dem hier gesichteten Material ergibt sich noch eines mit Bestimmtheit: Die ausgeprägtesten Grade subjektiver Hemmungen sind nicht mit Versündigungsideen vergesellschaftet. Man wird also Versündigungsideen nicht aus subjektiver Hemmung und aus subjektiver Hemmung nicht Versündigungsideen ableiten dürfen, wiewohl ein derartiger Zusammenhang an sich denkbar ist.

Wir können uns kurz fassen bezüglich der genetischen Ableitung der Einzelsymptome der Depersonalisation auseinander. Konstruktionen, welche die Störungen der Gefühle, der Aktionsgefühle, der Bekanntheitsqualitäten, der Willensvorgänge, der Assoziationen, der Wahrnehmungen etc. an die Spitze setzen und aus der Störung des einen psychischen Elements die Gesamtstörung ableiten wollen, mögen verständlich sein. Diese Zusammenhänge sind aber jedenfalls tatsächlich nicht gegeben und interessieren uns infolgedessen nicht weiter.

Wir haben die Möglichkeiten eines einfühlenden Verstehens mit den bisher vorgebrachten durchaus nicht erschöpft. Die verstehende Psychologie, wie sie sich in den letzten Jahrzehnten ausgebildet, hat auf eine Reihe ganz anders gearteter psychischer Zusammenhänge verwiesen. Strümpell und Möbius haben die einzelnen hysterischen Symptome aus bestimmten Vorstellungen abzuleiten versucht. So gibt Möbius an, die hysterischen Sensibilitätsstörungen zeigten in ihrer Ausbreitung jene Grenzen, welche der populären Vorstellung der einzelnen Glieder entspräche, ein unmittelbar einleuchtender verständlicher Zusammenhang (vgl. hierzu Jaspers).

Viel weiter ist Freud in derartigen Deutungen gegangen. Wir setzen das Wesentliche der Lehre als bekannt voraus und wenden uns sofort zu der Frage, inwieweit ähnliche Zusammenhänge in der Depersonalisation eine Rolle spielen.

Hier muß zunächst hervorgehoben werden, daß häufig im Beginn der Depersonalisation ein Affekt steht. Janet führt aus: „Das Gefühl der Depersonalisation, das bei Ver .... und bei Bei. so deutlich ausgeprägt war, hat bei beiden brüske und im Anschluß an eine Aufregung eingesetzt. Ver. wurde von seinem Lehrherrn bedroht, der in seiner Hand ein Instrument hielt, Bei. hat in einem Journal eine unglücklich endende Liebesgeschichte gelesen, die zum Suizid führte, die ihr mit ihren eigenen Erlebnissen identisch zu sein schien. Wenn bei diesen beiden Kranken das pathologische Gefühl zurücktrat, so ließ es eine neue Erregung wieder stärker hervortreten. „Das macht mir einen Eindruck im Kopfe und danach scheint es mir, ob nicht ich es wäre." Besonders instruktiv ist noch der erste Fall, den Krishaber mitgeteilt hat: Die akute Depersonalisationsattacke tritt im unmittelbaren Anschluß an eine heftige Erregung auf und verschwindet allmählich. Die Beispiele ließen sich leicht häufen. Man findet in den angeführten Krankengeschichten ein ausreichendes Material.

So haben auch Dugas und Moutier die Depersonalisation als Flucht aus der Wirklichkeit aufgefaßt, sich auf die gleichen Tatbestände stützend. Auch sie erwähnen, daß die Emotion die Depersonalisation häufig einleitet. Hier möchte ich nur noch hervorheben (was diese Autoren vernachlässigen), daß diese „Flucht"[1]) in die Depersonalisation den Kranken nicht das verschafft, was sie wünschen, denn der eigentliche Zustand der Depersonalisation ist den Kranken, wie man aus jedem Krankenblatt sehen kann, unendlich viel peinlicher

[1]) Man halte sich stets gegenwärtig, daß die hier vorliegenden Willensentschlüsse sehr oft latent bleiben (vgl. auch im folgenden).

als der tiefste Schmerz. Aber es muß diese „Flucht" näher charakterisiert werden. Sie stellt im Grunde den Versuch einer Überwindung des Erlebnisses dar. Diese wird in der Art versucht, daß sich das Individuum der Welt, den Gedanken und Ideen voll zuwendet. Glückt die vollständige Überwindung der Wirklichkeit, die reine Versenkung in eine Welt, die nicht der Realität des Alltags angehört, so kommt es zu Zuständen, die weit ab von allem Krankhaften liegen, zu Zuständen, welche dem hohen kontemplativen Glück der Denker entsprechen. Das scheint mir zum Teil wenigstens bei Amiel vorgelegen zu haben. Es sind das Zustände, die deskriptiv psychologisch weit von der Depersonalisation entfernt sind. Jede Unechtheit ist geschwunden, das Individuum erlebt in einheitlicher und tiefer Weise seine Erlebnisse außerhalb der alltäglichen Dingwelt, oder besser, außerhalb der realen Konfliktswelt. Es bestärkt uns eben in der Zuversicht, in die Richtigkeit unserer Analysen, daß sie uns zu allgemeinen Resultaten führen, welche sich dem täglichen Leben einfügen. Freilich muß auch hier noch beachtet werden, daß dann das Denken eben doch der Wirklichkeit, wenn auch in einem anderen Sinne zugewendet bleibt und nicht in eine autistische Welt abirrt. Die Freudsche Schule spricht von Sublimierung und verbindet damit die Vorstellung umgewandelter sexueller Triebkräfte. Wir sehen in dieser Verwindung des Konfliktes eine Vereinheitlichung der Tendenzen, vergleichbar der Vereinheitlichung des vollen Entschlusses. Die Flucht aus der Wirklichkeit kann aber auch in eine wirklichkeitsabgewandte Phantasiewelt führen, wie das unser Fall 6 zeigt. Das ist dann eine Flucht im engeren Sinne des Wortes.

Eine detailliertere Deutung läßt die Beobachtung von Löwy zu (der Autor hat diese selbst vorgenommen). In diesem Falle handelt es sich darum, daß die ersten Erscheinungen dadurch determiniert wurden, daß das Mädchen bei dem Selbstmord eines geliebten Lehrers anwesend war. Dieser Lehrer tötete sich deshalb, weil er fürchtete, sich nicht entwickeln zu können. Während der Zeit der Depersonalisationen kommen zwangsmäßig Fragen: „Ob es eine Seele gibt, ob es eine Fortexistenz nach dem Tode gibt etc." Drei Monate nachdem der Lehrer gestorben war, fühlte sie sich nur Geist, nur Seele. Ihr Körper bleibt wie eine Leiche, die sie nicht angeht. Während in der ersten Zeit der Zustand angenehm ist, das Selbstgefühl erhalten bleibt, tritt allmählich der Depersonalisationszustand in seiner quälenden Form auf. Ich glaube, daß in diesem Falle der Nachweis geglückt ist, daß die Patientin versucht, durch die Depersonalisation ein bestimmtes Erlebnis zu verwinden — ein Versuch, der eben mißglückt ist.

Der erste Fall von Krishaber weist mir darauf hin, daß es nicht bloß sexuelle Erlebnisse sind, welche die Depersonalisation bedingen.

Auf einen Fall möchte ich noch besonders verweisen. Es ist der von Touche. Hier wurde der Vater der Patientin durch einen Straßenunfall getötet. Im Anschluß daran kann sich die betreffende Person nicht in Gegenwärtiges hinein versetzen, während sie voll in der Vergangenheit erleben kann. Ein ähnliches instruktives Beispiel rührt von Dugas her.

In meinen eigenen Fällen ist es mir nicht immer gelungen, überzeugend Ähnliches nachzuweisen. Gottfried klagt zwar häufig über Sexuelles, spricht auch gelegentlich (nach Fragen) von Inzestgedanken, doch läßt sich nicht erweisen oder wahrscheinlich machen, daß hierin der Symptomenkomplex seinen Ursprung genommen hätte. Auch bei Johanna lassen sich eine Reihe von Momenten nachweisen, die auf eine psychogene verständliche Entstehung

hindeuten. Sie erkrankt unter Herzerscheinungen, nachdem sie in Sorge gewesen ist wegen eines Herzleidens ihres Mannes. Mehr war trotz aller Bemühung nicht mit Sicherheit zu eruieren. Es muß also gesagt werden, daß es nicht in allen Fällen in gleicher Weise gelingt, den Symptomenkomplex psychologisch verständlich zu machen[1]).

Am überzeugendsten sind die Zusammenhänge in meinem Fall III. Bei R. S. schließt sich die erste Attacke an den bewußt gewordenen Wunsch an, über dem Leben zu stehen, da er sich tatsächlich dem Leben nicht gewachsen fühlte. Alle neueren Verschlimmerungen des Zustandes schließen an äußere Momente an, das eine Mal erschrickt er über das Aussehen seines Bruders, das andere Mal hörte er einen Zustand, der dem seinen ähnelte als Dementia praecox bezeichnen. Schließlich ist es als Besonderheit zu bezeichnen: Neben der Depersonalisation finden sich bei unserem Kranken paranoische Bildungen vor, die gleichfalls verständlich erklärt werden können. Wie bereits erwähnt, war er von seinem Vater ungenügend unterstützt worden. Er selbst meint hierzu, er könne sich nicht entschließen, daran zu glauben, daß ein Vater so handeln könne. Und als er bei der Bitte um Unterstützung von einem Geheimrat nur mit einer geringen Summe abgespeist worden war, meint er, er könne nicht glauben, daß man ihn einfach als lästigen Bittsteller angesehen habe. Es müßten doch dem Handeln des Vaters und des Geheimrats tiefere Gründe innewohnen. Die Annahme ist naheliegend, daß er sich diesen Glauben schafft, um seiner inneren Beschämung zu entgehen. Schließlich wird gerade hier aus der Vorgeschichte deutlich, daß Willensschwäche und Unfähigkeit die Wirklichkeit zu bewältigen, zu seinem Charakter gehören.

Bei der Wichtigkeit, welche die Frage nach der Wertigkeit den Freudschen Theorien zukommt, ist es geboten, sich näher klar zu machen, in welcher Weise denn jene halbe Flucht aus der Wirklichkeit sich charakterisiert. Wir haben immer wieder auf die Tatsache des widersprochenen Erlebens verwiesen. Wir müssen sagen, daß als Ausgangserlebnis der Depersonalisation ein Affekt gedacht werden kann (und die Tatsachen scheinen bis zu einem gewissen Grade recht zu geben) der übermächtig ist und das bisherige Leben unerträglich macht. Im allgemeinen sucht der Nervöse sich von vorneherein gegen derartige übermächtige Erlebnis zu sichern. „Es gibt eine Feigheit des Nervösen, die einen tiefbegründeten Selbstschutz bedeutet. Er gerät in Schlaffheit und Apathie, wo er Zornesaffekte zu bewältigen hat, er lebt sich in Blasiertheit und Teilnahmslosigkeit hinein, wo die menschliche Mitempfindung ihn aus der Fassung zu bringen droht. Er vermeidet Gedankenkomplexe, die mit starker Gefühlsbetonung einhergehen, er meidet das Aktuelle und lenkt sich ab auf Nebensächlichkeiten" (Anton). Überrascht ihn aber das Erleben, so sind ihm zwei Möglichkeiten gegeben: Das Erleben zu verwinden oder sich darüber hinwegzutäuschen. Die Depersonalisation stellt den Versuch der Überwindung dar. Es ist bemerkenswert, daß Ti. und R. S. ihre ersten Attacken nicht so schmerzhaft empfinden, und daß Ti. sich mit einem Philosophen vergleicht, der über die Realität erhaben ist. Es ist bemerkenswert, daß eine Patientin Böttigers erst nach einigen Tagen ihren Zustand als schrecklich empfindet.

[1]) Zu vergleichen ist auch die Studie Abrahams, mit der ich mich jedoch an dieser Stelle nicht ausführlicher auseinandersetzen kann.

Es ist mir nicht wahrscheinlich, daß das hypothetische Trauma als Widerspruch ständig vorhanden ist. In den Fällen, die ich selbst beobachtet habe, war der Widerspruch durch die Tendenz der Selbstbeobachtung repräsentiert. Es ist denkbar, daß der Komplex im Sinn der Schweizer Autoren durch sie vertreten wird. Doch wir wollen uns nicht in Hypothesen verlieren. Es muß jedenfalls hervorgehoben werden, daß sich uns, die wir gewiß von einer ganz anderen Grundlage, der Phänomenologie, ausgingen, eine Reihe von Anschauungen ergeben, welche Berührungspunkte haben mit den Theorien von Bleuler und Jung einerseits und Freud[1]) andererseits. Unseres Erachtens ist zu fordern, daß, wofern die Freudschen Lehren etwas Richtiges an sich haben, nicht bloß eine einzige und noch dazu anfechtbare Methode (vgl. hierzu Isserlin) zu ihnen führen darf. Vielleicht zeigen unsere Ausführungen, daß immanente Kritiken (Kronfeld) bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge durchaus nicht angezeigt sind.

Wir fügen jetzt eine Beobachtung an, bei der der psychologische Tatbestand relativ eindeutig ist: Die Depersonalisation (daß es sich um eine solche handelt, geht aus der Krankengeschichte hervor, die aus den Archiven der Klinik stammt)[2]) ist das Resultat einer heimlichen Angst. Aber diese Angst schwindet vollkommen in dem Momente, wo die Erfüllungswahnidee hervortritt, und sie tritt wieder auf als die Erfüllungswahnidee verschwindet (man ziehe übrigens die Ausführungen Löwenfelds und Strohmayers heran, welche der Angst im Symptomenkomplex der Depersonalisation eine wesentliche Bedeutung zuschreiben).

Leider ist die Klinik des Falles nicht so eindeutig. An Hysterie kann gedacht werden, doch ist wohl eine Dementia praecox wahrscheinlicher. Katamnestische Erhebungen waren leider erfolglos. Ich erhielt vom Vater nur die Auskunft, die Tochter lebe außerhalb und die Familie wünschte, der Aufenthalt der Tochter in der Klinik möge in Vergessenheit bleiben. Sie ist also doch wohl gesund geworden?

Fall 6. C. E. G., geb. 1875. Familienanamnese belanglos. Die Eltern und ein älterer Bruder sind gesund. Nach den Angaben der Eltern stellt sich die Vorgeschichte folgendermaßen dar.

Sie ist zu normaler Zeit geboren und hat sich normal entwickelt. Von Kindheit auf war sie eigenartig, wollte sich nie von der Mutter trennen, sie schrie, wenn sie nicht bei ihr bleiben konnte. Sie hat fast alle Kinderkrankheiten durchgemacht. Sie hat immer sehr gut gelernt, war lange Jahre Klassenerste. Das letzte Vierteljahr war sie wegen ihrer Krankheit dispensiert. Sie war anhänglich, zärtlich und gutmütig, gleichwohl tyrannisierte sie das ganze Haus, nahm keine Rücksicht, wenn sie irgend etwas haben wollte. Seit einiger Zeit kann sie nichts vom Tode hören, sie kann keinen Leichenwagen sehen, kann nicht am Friedhof vorübergehen. Spricht viel vom Sterben. Auch in früherer Zeit hat sie viel geklagt, ohne ernsthaft krank zu sein und verlangte nach ärztlicher Behandlung. Vor 4 Jahren war sie mit einem Vetter verlobt, doch wurde diese Verlobung von der Mutter des Bräutigams zu hintertreiben versucht. Die Verlobung besteht jetzt noch fort, doch gab es fortwährend heftige Szenen mit den Verwandten des Bräutigams. 3 Wochen vor der Aufnahme verschlimmerte sich der Zustand sehr, sie glaubte sterben zu müssen, fürchtete eine Magenkrankheit und ist sehr erregt. Tut immer das Gegenteil von dem, was von ihr verlangt wird. Zog sich nicht mehr ordentlich an, aß mit den Fingern, trank viel Bier, manchmal schrie sie heftig, dann ging sie wieder schlecht, konnte nicht Eisenbahn fahren.

---

[1]) Es orientieren über die Lehre die Schriften von Hitschmann, Mittenzwey.

[2]) Herrn Dr. Quensel bin ich zu Dank verpflichtet, daß er mich auf diesen Fall aufmerksam machte.

Über ihren Zustand vor der Aufnahme orientieren wohl am besten ihre Aufzeichnungen, von denen ich eine folgen lasse.

„Wie fing doch mein Leiden an? Sonderbar, so oft ich schon das Verlangen hatte, augenblickliche Eindrücke niederzuschreiben, ich habe es nie vermocht, ohne mir das Vergangene klar zu legen und immer zu wiederholen. — Als ob altes und neues zusammengehörig. — Mit 11—12 Jahren „wie ist mir". Mit 14—15: „Wer bin ich". Dann kamen die wahnwitzigsten Vorstellungen, z. B. „Bin ich eine Fensterscheibe, durchsichtig, klar, die Lebens- und Wesenserscheinungen zeigen doch dieselbe Materie. Dann hörten alle sachlichen Vergleiche auf und ich lebte bis zum 19. Jahre ungefähr (nur mit kurzen Ruhepausen) immer nur danach suchend, welches von allen Gefühlen nun mein „Ich". Und da mischte ich körperliches Empfinden mit geistigen Gefühlen wild durcheinander, bis das Durcheinander eine etwas bestimmtere Färbung annahm in der quälenden Frage „sind wir Geist in unserem Hauptgefühl oder Körper." Mein Seelenglaube half mir schnell, diese Frage zu erledigen: Natürlich sind wir Geist, dieser Geist ist unser Wesensgefühl und der Körper ist eben nur eine Begleiterscheinung ..... Um diese Zeit lernte ich meinen Bräutigam kennen, wenn auch nicht gleich lieben, so fing dennoch ein neues Leben für mich an und ich fühlte mich verstanden und neu belebt ..... Aber es dauerte nicht lange, so wendete sich mein altes Leiden wieder, wenn es auch eine andere Richtung nahm. Bis zur Raserei steigerte sich meine Verzweiflung, die ich nicht in Worte zu fassen vermochte. Wenn ich ruhig, so mußte ich z. B. krampfhaft nachdenken, wie wohl sich meine Eltern, mein Bruder, mein Verlobter im Wesen fühlen mögen und wurde krank und traurig, in der Erkenntnis, daß ein Mensch des anderen Wesensgefühl nie zu verstehen vermag und weinte tagelang. Ich kam nie zu euch, ich muß immer allein sein ..... Daraus entstand das Gefühl, daß ich überhaupt nicht zu meiner Umgebung könne. Dann wieder habe ich mich wochenlang bis zum Wahnsinn vor meinem Kopfe gefürchtet, die Vorstellung, lauter Blut um mich herum zu haben, machte mich toll ... So ging es bis zum 21. Lebensjahr weiter, ich tat dann Arbeit, soviel ich mußte, nicht haarbreit mehr, raste, tobte, schrie monatelang, war ebenso lange ruhig in mich gekehrt, dann kamen Monate, wo andere Interessen stärker waren als mein kostbares Ichgefühl. Ich verlobte mich, und noch vor dem Tage meiner öffentlichen Verlobung brach mein Wahnsinn im vollen Umfange aus, ich litt maßlos ..... Wirklich schien es, als werde es besser mit mir (sie hatte früher die Äußerlichkeiten ihrer Verlobung geschildert). Ich erstarkte körperlich, fing an zu arbeiten ..... und teilte vor allen Dingen alle geistige Arbeit mit meinem Verlobten. Ab und zu hatte ich heftige Angstanfälle und hatte bei Anstrengung gegen Abend eine furchtbare Kopfschwäche ..... Ich hielt nicht nur mein wahres ewiges Ich für geistig, sondern das geistige Selbst für eine ganze Person, den Körper für ganz nebensächlich. Dann durfte ich auch nie allein sein und nie in mich hineinsinnen. Das ging bis zu Ostern 1898 ..... Aus dieser Angst entstand die Frage, was ist Seele, woraus ist Geist, dann erkannte oder glaubte deutlich zu erkennen, daß alles von meinem Wesen, das ich für rein geistig gehalten hatte, Materie und Körper ist, daraus entstand der wahnsinnige Schmerz, kein Ich, keine Seele zu haben, dazu eine wahnsinnige Furcht und Angst vor der Fleisch- und Blutmasse meines Körpers, die gräßlichsten Vorstellungen von der Zusammensetzung des Körpers. Und schließlich trafen alle diese Gefühle im Gehirn und faßten sich in der Frage zusammen, ist unser Lebensgefühl geistig oder körperlich?"

Eine Reihe von ähnlichen Schriftstücken bringen die gleichen Gedanken in wenig geänderter Form. Am 21. XI. 1899 wird sie in die Klinik aufgenommen. Die körperliche Untersuchung ergibt, zahlreiche Druckpunkte, im übrigen nichts Auffallendes. Bei der Aufnahme jammert die Patientin fortwährend und verlangt nach ihrer Mutter, wirft sich mehrfach auf die Erde. Sie jammerte die ganze Nacht über Beklemmungen und verlangte bald dieses, bald jenes. Die Verzweiflungsausdrücke sind affektiert und übertrieben, die Orientierung ist eine ausgezeichnete. Am 23. XI. verlangt sie, jammert nach dem Besuch ihrer Mutter, als es ihr abgeschlagen wird, springt sie im Bett empor, „ach Gott, meine Mutter ist gestorben. Ich muß hier im Irrenhaus bleiben!" Auch der Vater und der Bräutigam seien tot. Sie hat „Nebelbilder" gesehen. Sie habe alles das gesehen, was sie vorher betrachtet habe. Als sie vom Tode der Mutter spricht, sieht sie Himmelstränen herabfallen, nach denen sie greift. Im Laufe des Tages sagt sie, im Saal seien Todesanzeigen verlesen worden, man sprach von 5 Gräbern. Nachmittag seien ihr Blumen- und Totenkränze erschienen, darinnen ihre Eltern. Sie werde belogen, verrückt gemacht, müsse in Kürze sterben. Im ganzen wird

sie ruhiger und zeigt keinen stärkeren Affekt. Auch in den nächsten Tagen gibt sie an, ihre Mutter zu hören, dieselbe sei hier im Haus, sie raste, weil sie ihre Tochter nicht zu sehen bekomme, man möge sie zu ihrer Mutter lassen, auch wenn diese wild und tierisch sei. Das ganze macht einen spielerischen Eindruck.

Am nächsten Tag jammert sie wieder um ihre Eltern, die gestorben seien.

Am 28. XI. beginnt sie wieder um Hilfe zu schreien, verkennt fast alle Personen oder gibt sich wenigstens den Anschein. Am 29. XI. ist sie einsichtiger, gibt aber an, von vielen Erlebnissen nichts zu wissen. Im nächsten Monat ist sie vollkommen klar, äußert nur zeitweise hypochondrische Ideen und Befürchtungen betreffs der Mutter. Sie klagt über ein Gefühl unangenehmer Leere im Kopf und hat meist gegen Abend starke Angst. Sie beschuldigt sich in einem Briefe nach Hause, sie habe sich mit ihrem Bräutigam vergangen. Man hat aber im ganzen den Eindruck, daß es ihr mit allem wenig ernst ist. Bis zu ihrer Entlassung am 20. II. 1900 tritt eine wesentliche Änderung nicht ein.

Am 6. VIII. 1900 kommt sie freiwillig in die Klinik, klagt über große Unruhe und Angst, sie sehe es vor sich, wie sie tobsüchtig würde. Es treten heftige Angstanfälle auf, der Schlaf ist schlecht. Sie stöhnt, sie müsse sterben, schreibt verzweifelte Briefe nach Hause, klagt über Schmerzen.

Am 16. VIII. ist sie sehr erregt, läuft jammernd im Zimmer umher, habe keine Luft, müsse sterben, sie wird in den nächsten Tagen zwar etwas ruhiger, erzählt aber auf Befragen von Störungen der Empfindung, der Erinnerung, des Selbstgefühls.

Sie hat oft das Gefühl, als seien die Finger abgestorben. Der Kopf wird weich, fällt zusammen, sie ist schon tot, der Atem geht nicht tief hinein in die Brust, wenn sie etwas berührt, hat sie sonderbare Empfindungen in den Fingerspitzen. Beim Denken hat sie das Gefühl, als ob Geist und Körper getrennt seien. Es ist, als wenn sie in verschiedenen Momenten eine ganz verschiedene Person sei. In fremder Umgebung muß sie sich erst allmählich eingewöhnen, auch Bekannte kommen ihr nach kurzer Trennung ganz fremd vor. Bisweilen sind ihr die Bekannten und die anderen Menschen überhaupt, wie Wesen ganz anderer Art, so daß sie sich selbst vor ihrer Mutter fürchtet.

Am Abend ist sie wieder außerordentlich ängstlich. Sie klagt über Atembeklemmungen. Am 30. VIII. ist sie die Nacht hindurch außerordentlich laut und erregt, schreit um Hilfe, weint, weigert sich Schlafmittel zu nehmen und äußert Suizidabsichten. Am nächsten Morgen erzählt sie, sie sei mit dem Arzt verheiratet. Schreit viel. Sie redet bei der Visite am 31. VIII. den Arzt mit Du an „Verzeihe mir doch", sucht ihn festzuhalten. Von nun an schreibt sie unaufhörlich Briefe an den Arzt, in der Vorstellung, mit ihm verheiratet und von ihm gravide zu sein. Im übrigen ist sie klar. Beteuert immer, es sei keine Täuschung, daß Dr. Qu. ihr Mann sei, sie könne es beweisen, fühlt sich in anderen Umständen, spricht viel von ihrem Kinde. Schreibt eine Menge Briefe an ihren vermeintlichen Gatten und unterzeichnet mit dessen Namen. Sie deutet Zufälligkeiten im Sinne ihrer Vorstellungen und bringt immer mehr Personen ihrer Umgebung in Beziehung zu ihren Vorstellungen. Die Oberin bezeichnet sie als Mutter des Doktors und nennt sie Frau Geheimrat. Eine Pflegerin bezeichnet sie als Tochter derselben, den Geheimrat bezeichnet sie als Schwiegervater. Ihre Stimmung ist gehoben, singt und lacht, schwelgt im Liebesglück und ist Korrekturversuchen gegenüber unzugänglich. Ihr körperliches Befinden ist auffallend gebessert.

Am 30. IX. verweigert sie die Annahme von Briefen, die auf ihren eigenen Namen lauten. Sie sieht in sämtlichen Pflegerinnen gleichfalls Verwandte, versucht sie zu umarmen und zu küssen und nennt dieselben Du. Sie arbeitet fleißig, ihre Stimmung ist gehoben. Nur einmal vorübergehend ein Weinkrampf. Am 8. X. hält sie noch immer an ihren Vorstellungen fest und zieht immer mehr Personen in ihre krankhaften Vorstellungen ein. Ihre Äußerungen machen einen etwas läppischen Eindruck. Ihre Mutter bezeichnet sie als Mama, gleichzeitig die Oberin als Mutter. Am 12. X. kniet sie nachts vor der Pflegerin nieder und versucht sie zu liebkosen und ruft „wenn zehn sprechen, kann ich doch nichts verstehen". Sie wird nachts überhaupt unruhig, hört Stimmen, Dr. Qu. habe zu ihr gesprochen und von der Vergangenheit erzählt. Auch habe er verschiedene Anspiegelungen gemacht „Du bist eine Prinzessin", der Geheimrat sagte, „harre aus mein Kind". Jetzt sind auch wieder Schmerzen auf der Brust, Angstgefühl und Herzklopfen gekommen, Beschwerden, die in der letzten Zeit schon verschwunden waren. Das System wird weiter ausgearbeitet, auch nach der Vergangenheit hin. Die Personen der Umgebung werden sämtlich als Verwandte

bezeichnet, der Geheimrat wird als Vater tituliert, trotzdem erkennt sie ihre Eltern an (16. X. 1900). Bis zum 11. November 1900 sind nachts meist Atemnot und Herzbeschwerden vorhanden. Häufig hört sie nachts ihren Mann Dr. Qu. und ihren „kaiserlichen" Schwiegervater (der Geheimrat) auf sie einsprechen. Sie kann jedoch die Worte nur sehr schwer verstehen. Häufig kommen phantastische Größenideen, sie sei Gräfin, sehr reich. Ihre wahnhaften Vorstellungen konzentrieren sich um ihre Verheiratung. Man hat oft den Eindruck des Gekünstelten und die ganzen Wahnbildungen machen mehr den Eindruck von Phantasiegebilden. Gegen Ende November kommen häufig Äußerungen, welche darauf hindeuten, daß sie ihre Vorstellungen modifiziert. Doch hält sie bis zu ihrer Entlassung daran fest, daß sie Frau Dr. Qu. sei. Nur die Idee der Schwangerschaft hat sie aufgegeben, nachdem nach mehrmonatiger Pause am 5. XII. die Menses wieder eingetreten waren.

Sehr bald kommt sie jedoch wieder in die Klinik (2. I. 1901). Jetzt treten die alten Beschwerden wieder auf, sie beschäftigt sich mit den Wechselbeziehungen zwischen Geist und Körper, sie glaube oft ein Geist zu sein, dann wieder halte sie sich für Fleisch, wie es von den Schlachttieren beim Fleischer hinge. Sie wirft u. a. die Frage auf, ob der Körper dazu da sei, der Seele einen Aufenthaltsort zu gewähren oder ob diese den Körper nur in Bewegung setze. Nachts hört sie wieder Stimmen, die aus den Gängen gekommen seien. (5. I. 1901.) Die Patientin unterzeichnet zwar jetzt mit ihrem richtigen Namen, nichtsdestoweniger hält sie wieder an der Idee der Kohabitation fest. Sie müsse irrsinnig werden, wenn sie sich sagen solle, das sei alles Einbildung gewesen. Sie könne sich ja selbst dann nicht mehr trauen. Der referierende Arzt vermerkt, daß anscheinend eine wirkliche Leidenschaft die Kritik lähme und die Korrektur verhindere. Die Ängstlichkeit und die Atemnot faßt er als einen Ausdruck der Erregung bei spontanen Korrekturversuchen auf. Die Wahnidee blaßt zwar im folgenden immer mehr ab, doch hält sie an der Idee der Kohabitation fest. Je mehr aber die Ideen zurücktreten, desto mehr treten die Ideen, daß sie Geist sei, daß sie sterben müsse, unter heftigen Angstgefühlen und Atemnot auf. Auch bei der Entlassung am 18. II. sind noch Reste vorhanden. Auch sind Stimmen noch da, sie versteht sie aber gar nicht. Die Grübeleien über Seele und Körper stehen im Vordergrund, sie hat unzählige hypochondrische Beschwerden. Die Atemnot und die Beschleunigung der Pulsfrequenz nehmen oft bedrohliche Formen an.

Es handelt sich also um eine Patientin, welche seit ihrem 11. Lebensjahre von metaphysischen Zweifeln geplagt wird, im 21. Lebensjahr kommt es in unmittelbaren Zusammenhang mit einer Verlobung zu einer akuten Psychose, in der Angstgefühle dominieren. Sie hört die Stimme ihrer Mutter. Sie halluziniert auch optisch. Sie beschuldigt sich, sich mit ihrem Bräutigam vergangen zu haben. Dann tritt der ausgesprochene Symptomenkomplex der Depersonalisation auf, der ungemein quälend ist, er schwindet, als die Patientin zu der Idee gekommen ist, Frau eines Arztes der Klinik zu sein und von ihm gravid sei. Im Anschluß daran entwickelt sie ein ausgesprochenes Wahnsystem (zum Teil unter doppelter Buchführung!). Sie ist ruhig und glücklich. In dem Momente, als die Wahnideen schwinden, trat neuerdings ihr metaphysischer Zweifel, die Angst und die hypochondrischen Beschwerden auf. Sie hält an der Idee der Kohabitation fest, „um nicht irrsinnig zu werden". Je stärker die Idee abblaßt, desto lebhafter werden ihre Beschwerden.

Fälle dieser Art zeigen, wie viel Richtiges in der Lehre Freuds enthalten ist, daß die Wahnidee einen Heilungsversuch bedeutet.

Wir können also zusammenfassend sagen, daß wir den Symptomenkomplex der Depersonalisation unter dem Gesichtspunkt der Flucht, vor vollem Erleben nachfühlend verstehen können. Es ließ sich aus dem nicht voll verwundenen affektvollen Erlebnis der deskriptive Charakter der Widersprochenheit des Erlebens beim Depersonalisierten verstehen. Bezüglich der inhaltlichen Sphäre der Erlebnisse konnte eine Bevorzugung sexueller Inhalte als Krankheitsursache nicht erwiesen werden. Wir dürfen uns jedoch nicht darüber täuschen, daß das

nacherlebende Versehen, das innerliche Nachbilden der Zusammenhänge nicht zu den gleichen Graden der Evidenz führen kann und in diesem Falle auch nicht führt, wie das kausale Verständnis. Auch erreicht das einfühlende Nacherleben nicht jene Klarheit der Anschauung, wie sie die deskriptive psychologische Zergliederung bringt.

Auch bin ich mir sehr wohl bewußt, daß hier nur Gesichtspunkte und Andeutungen, aber keine abschließenden Ergebnisse dargeboten werden konnten.

Die klinische Bedeutung der Depersonalisation. Ein Beitrag zur Lehre von den Symptomenkomplexen.

Seit dem Referate Hoches über die Melancholiefrage ist viel die Rede gewesen von Symptomenkomplexen. Soweit ich jedoch die Literatur überblicke, liegt eine eingehendere Studie im Sinne der Hocheschen Ausführungen bisher noch nicht vor. Im folgenden soll ein derartiger Versuch unternommen werden.

Die Ausführungen Hoches gipfelten in folgenden Sätzen: „Die bisherigen großen Krankheitsbilder haben sich, das wird heute kaum jemand im Ernste bestreiten wollen, als zu ausgedehnt erwiesen, um Einheiten darzustellen. Die einzelnen Elementarsymptome wiederum sind zu klein. Ich glaube nun, daß wir weiter kommen werden, wenn wir den Versuch machen würden, Einheiten zweiter Ordnung zu finden, gewisse immer wiederkehrende Symptomenverkuppelungen, die wir sehen lernen werden, wenn die Aufmerksamkeit erst darauf eingestellt sein wird." Hoche selbst führt die Hypochondrie, die Neurasthenie, die Hysterie als Beispiele an. Er ist der Ansicht, daß einzelne dieser Syndrome im Seelenleben des Normalen vorgebildet sind.

Es ist nicht meine Absicht, die Lehre von dem Symptomenverkuppelungen historisch darzustellen. Es sei nur hervorgehoben, daß Hoche im wesentlichen auf die Lehren Wernickes zurückgreift. Wernicke baut seine psychiatrische Systematik auf das eingehende Studium von Symptomenkomplexen auf und er hat auch die uns hier interessierende Symptomenverkuppelung treffend beschrieben und analysiert.

Das Unternehmen, die Depersonalisation eingehender klinisch zu studieren, scheint schon deswegen berechtigt, weil in der Literatur eine große Reihe von divergenten Ansichten niedergelegt sind.

Krishaber spricht von einer eigenen Krankheit, die er als Neuropathie cerebrocardiaque bezeichnet. Einen recht nahestehenden Standpunkt nehmen Dugas und Moutier ein, welche den Symptomenkomplex als eine besondere Form im Rahmen degenerativer Zustände auffassen. Janet reiht die uns interessierenden Fälle, zusammen mit den Zwangserscheinungen und einer Reihe anderer Fälle, seiner Psychastheniegruppe ein. Juliusburger, der einige Fälle gesehen hat, spricht von Pseudomelancholie und scheint geneigt, diese als Untergruppe der Dementia praecox zu betrachten. Allerdings diagnostiziert er in einem der Fälle Melancholie. In der ersten Publikation ist von Dementia praecox noch nicht die Rede. Mit Entschiedenheit stellt sich Juliusburger erst in seiner vorletzten Abhandlung auf diesen Standpunkt. Urstein reiht die Fälle rückhaltlos der Dementia praecox an, da er eine intrapsychische Disharmonie bei ihnen zu entdecken glaubt. Heilbronner spricht sich wieder für die Diagnose Melancholie aus, da ihm die sogenannte subjektive Hemmung, die

Diagnose der Melancholie hinreichend zu sichern scheint. Auf die subjektive Hemmung legt ja auch die Jungheidelberger Schule Gewicht und Wilmanns berichtet über eine hierher gehörige Beobachtung, die er dem manisch-depressiven Irresein zuzählt. Eine ähnliche Auffassung leuchtet bei Kahn durch. Hirt entschließt sich zu der gleichen Diagnose. Man sieht, daß eine Einigung nicht erzielt ist.

Es könnte gewagt erscheinen, auf Grund eines relativ spärlichen persönlichen Materials, an diese Frage heran zu treten. Es liegen jedoch in der Literatur eine große Reihe von verstreuten Beobachtungen vor, die sich zum Teil auf eine sehr lange Beobachtunsgdauer stützen. Wegen des psychologischen Interesses, das diese Fälle bieten, sind die Krankengeschichten meist mit besonderer Sorgfalt wiedergegeben. Ein großer Teil der Widersprüche rührt daher, daß die Autoren voneinander nicht Kenntnis genommen haben und die Kasuistik nicht genügend berücksichtigt haben. Jedenfalls glaube ich, daß auf Grund des vorliegenden Materials eine ausreichende Beurteilung der klinischen Bedeutung des Zustandsbildes möglich ist, ja, ich hoffe sogar, Tatsachen beibringen zu können, welche für die allgemeinen Fragen der psychiatrischen Systematik von Bedeutung sind.

In dem Anhang sind die vollständiger beschriebenen Fälle aus der Literatur im Auszug angegeben. Ich hoffe, daß mir nichts Wesentliches entgangen ist. Wir benützen als Ausgangspunkt unserer Erwägungen durchaus die Systematik Kraepelins. Im Verlauf der Untersuchungen soll hervorgehoben werden, inwieweit Abweichungen von dieser notwendig erscheinen. Noch eine Vorbemerkung: Es wird selbstverständlich nicht jede unserer diagnostischen Erwägungen in den einzelnen Fällen überzeugend wirken. Man halte sich jedoch die Gesamtheit des Materials vor Augen. Selbst, wenn sich unsere Anschauungen bezüglich dieses oder jenes Falles als unhaltbar erweisen sollten, so wäre damit unsere Gesamtdarstellung noch keineswegs erschüttert.

Der Gang der Untersuchung ist der, daß wir zunächst die funktionellen Psychosen in den Kreis unserer Betrachtung ziehen. (Manisch-depressives Irresein und Neurosen im weitesten Sinne.) Die überwiegende Mehrzahl der Fälle gehört in diese Gruppe.

Ich beginne die Untersuchung mit der Betrachtung der beiden ersten Fälle Böttigers. Es handelt sich um Erkrankungsfälle von außerordentlich langer Dauer. In dem ersten Falle besteht die Störung seit 30 Jahren, in dem anderen seit 20 Jahren. In beiden Fällen hat die Störung plötzlich eingesetzt. Der Patientin kam der Zustand zunächst komisch vor, bei dem zweiten Patienten setzt sie ein mit einer abnormen Lebhaftigkeit des Interesses. Es ist erwähnenswert, daß keine Angaben darüber bestehen, daß die Patienten schon vorher von der Norm abwichen. In einem Fall besteht hereditäre Belastung (Migräne, Nervosität, und eine nicht näher bezeichnete Geistesstörung), in dem anderen besteht keine hereditäre Belastung. Bemerkenswert ist ferner, daß in dem zweiten Falle eigenartige ekstatische Zustände bestehen. In diesem Fall wird auch sonst von Schwankungen des Zustandes berichtet. In dem ersten Falle muß die Patientin, ohne daß sie will, über das Erlebte nachdenken. Wir stoßen sofort auf große Schwierigkeiten, wenn wir eine Klassifikation dieser Zustände versuchen. Das Symptomenbild entspricht ja fast vollkommen dem, was Kraepelin, Wilmanns, Dreyfus als subjektive Hemmung bezeichnen. Andererseits muß ausdrücklich betont werden, daß durch die Untersuchungen Janets erwiesen ist, daß bei

Nervösen sich die wesentlichen der hier vorhandenen Symptome aufzeigen lassen. Janet spricht von Psychasthenie und faßt unter dieser Bezeichnung zusammen die Zwangserscheinungen und diejenigen Symptomenbilder, welche in Deutschland vielfach als konstitutionelle Neurasthenie bezeichnet werden. Es scheint also die symptomatologische Betrachtungsweise zu versagen, wenn auf Grund der Symptomatologie auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe sogenannter funktioneller Geistesstörungen geschlossen werden soll. Wir müssen also versuchen, auf Grund anderweitiger Momente zu einem Urteil zu kommen. Nun muß gesagt werden, daß in beiden Fällen von einem bestimmten psychischen Trauma nicht die Rede ist. Von spezifisch psychasthenischen Erscheinungen ist nur zu vermerken, daß der erste Fall ein sehr lebhaftes Krankheitsgefühl besitzt, und daß eine Andeutung von Zwangsdenken besteht. Beiden Erscheinungen wird man kein zu großes Gewicht beilegen dürfen. Sie finden sich, wie je genügend bekannt, auch bei depressiven Zuständen nicht selten. Wollte man hingegen manisch-depressives Irresein diagnostizieren, so wäre der apoplektiforme Beginn auffällig. Auch sind meines Wissens depressive Attacken von derartiger Dauer kaum beschrieben. Allerdings bliebe die Annahme möglich, daß eine depressive Konstitution erst in einem bestimmten Lebensalter eingesetzt habe. Doch entspricht das ganze Zustandsbild einer derartigen Annahme nicht. Man könnte schließlich die Angaben der Patienten über die lange Dauer des Zustands in Zweifel ziehen und meinen, in einer depressiven Phase stellte sich das vorangehende Leben verändert dar. Damit ist jedoch nicht in Einklang zu bringen, daß im allgemeinen die Patienten dieser Art über das Tatsächliche ihres vorangehenden Lebens stets sehr genau referieren. Es bliebe noch zu erörtern, ob die eigenartigen Zustände, die der zweite Patient beschreibt, in denen ihm die Natur schön vorkommt etwa als interkurrente manische Phasen gedeutet werden können. Diese Annahme erscheint zwar möglich, doch immerhin etwas gezwungen. Auch die Heredität gibt keine bestimmtere Möglichkeit der Beurteilung. Wir müssen also sagen, daß Kriterien, welche uns die Fälle eindeutig zuordnen ließen, nicht vorhanden sind.

Wir müssen uns also zu weiteren Fällen wenden, ob diese eine striktere Deutungsmöglichkeit ergeben.

Wir wenden uns zu jenen Fällen, in denen gleichfalls nur von einer Attacke berichtet ist. Am interessantesten ist uns hier der Fall 1 von Juliusburger. Hier besteht eine Familienanamnese, welche für manisch-depressives Irresein sprechen würde. Nach der Selbstschilderung des Kranken wäre man berechtigt anzunehmen, daß es sich um eine konstitutionell Verstimmte schon vor der Erkrankung gehandelt hat. Die Patientin gibt an, die geringsten Kleinigkeiten hätten einen furchtbaren Eindruck auf sie gemacht, Rügen hätten sie so tief niedergedrückt, daß sie an nichts mehr Freude gehabt hätte. Seit dem Tode ihrer Mutter fehlte ihr der natürliche Frohsinn und sie hätte im Leiden Genuß gefühlt. Allerdings stimmten die Angaben ihres Bruders nicht mit den Angaben der Patientin überein. Dieser gibt an, die Patientin sei lebhaft, heiter und eigensinnig gewesen. Die Erkrankung dauert hier unter Schwankungen etwa 10 Jahre. Es wechselten Besserungen und Rückschläge miteinander ab. Auch in diesem Falle besteht die Möglichkeit einer bestimmten Zuteilung nicht. Allerdings scheint manches für manisch-depressives Irresein zu sprechen. Es ist dies übrigens der einzige Fall, wo manisch-depressive Antezedentien in der Familie

nachweisbar sind. Der Verlaufsform nach könnte man an hartnäckige Psychasthenie denken. Es ist zu erwähnen, daß ein psychisches Trauma den ersten Erscheinungen voranging. Durch die Untersuchungen von Reiß haben wir jedoch von der schematischen Lehre absehen gelernt, daß der Nachweis einer auslösenden Ursache gegen Formen des manisch-depressiven Irreseins sprechen müsse.

Auch eine weitere Reihe von Fällen bringt die erwünschte Aufklärung nicht. Der Fall von Ball zeigt eine 7jährige Krankheitsdauer. Das Einsetzen ist apoplektiform, doch findet nach einigen Jahren noch eine Steigerung statt. Von psychischen Ursachen ist nichts erwähnt. Der Fall Ver.[1]) von Janet zeigt einen apoplektiformen Beginn. Der Patient war als Kind bald eigensinnig, bald willenlos. Die Eltern werden als nervös bezeichnet. Noch instruktiver ist der Fall Bei. des gleichen Autors. Wieder Beginn im unmittelbaren Anschluß an Aufregung. Interessant ist der Verlauf; nach 2 Jahren treten an die Stelle des Symptoms der Depersonalisation ausgesprochene Zwangserscheinungen. In dem Falle Pl. besteht hereditäre Belastung im Sinne neurotischer Disposition. Die Depersonalisation stellt sich im Anschluß an eine Niederkunft ein. In dem vierten Fall Böttigers fehlen Angaben über den Verlauf, so daß man sich eines Urteils überhaupt enthalten muß. Die Ausbeute der Fälle dieser Gruppe ist nur insofern von Belang, als für Ver. ein psychopathischer Charakter wahrscheinlich ist. Am wesentlichsten ist, daß der Zustand von Bei. in Zwangsvorstellungen ausklingt. In der Antezendenz der Patienten finden sich ausschließlich Neurosen. Alle vorhandenen Angaben reichen nicht mit Sicherheit aus, die Frage nach der nosologischen Stellung endgültig zu erklären. Sie scheinen jedoch eher im Sinn von Neurosen zu sprechen.

Der Fall Wernickes verläuft in zwei Attacken, von denen die erste im Anschluß an Überanstrengung auftritt. Schon vor der Erkrankung sind Beschwerden vorhanden, welche Wernicke als hysterisch bezeichnet, die wir jedoch eher als neurasthenisch deuten möchten. Die erste Attacke dauert 4 Jahre, die zweite, die im Anschlusse an das Klimakterium aufgetreten ist, 3 Jahre. Zwangserscheinungen sind angedeutet.

Viel häufiger sind jedoch diejenigen Fälle, wo auf einen kurz dauernden ersten Anfall eine Serie weiterer folgt oder wo sich nach einem kurzen Anfall ein länger dauernder einstellt. In dem Falle Hirts trat das Leiden zunächst nur etwa alle halbe Jahre einmal auf bevor der Zustand chronisch wurde. Die Dauer dieser kurzen Anfälle betrug eine halbe Minute bis eine Minute. Geradezu klassisch ist in dieser Hinsicht der Fall Löwys, in dem angenehme, gleichgültige und unangenehme Zustände zunächst kurz dauernd, allmählich immer länger werdend, auftreten. Dieser Fall ist uns besonders auch deswegen beachtenswert, weil das Zustandsbild durch psychische Momente determiniert erscheint. Beides, die kurzdauernden Anfälle und diese weitgehende Determination der Symptome, läßt weit eher an eine Neurose denken.

Wir wenden uns jetzt wieder jenen Fällen zu, in welchen mehrfache Attacken von längerer Dauer bestehen. Zunächst sei der Fall von Bernard-Leroy, Deny und Camus angeführt. Vom 17.—25. Lebensjahr häufig Migräne. Sie

[1]) Daß der eigentlichen Erkrankung eine „anfallartige Attacke" voranging, sei vermerkt.

wird als leicht erregbar geschildert. Die erste Krise mit 43 Jahren von einjähriger Dauer. Von neuem beginnt eine in ihrem 45. Lebensjahr, sie ist nach zwei Jahren noch nicht abgeklungen. Auch hier spricht, trotz der Periodizität, der ganze Verlauf eher für eine Neurose, wiewohl sichere Kriterien nicht vorhanden sind. In dem Falle von d'Allonnes entwickelt sich die Krankheit auch in mehreren Schüben. Die erste Krise mit 24 Jahren von sechsmonatlicher Dauer, die zweite tritt in ihrem 32. Lebensjahr auf und dauert zwei Jahre, eine weitere kommt in ihrem 37., noch eine in ihrem 49. Lebensjahre. Sie erkrankt jetzt mit 52 Jahren. Die Symptomatologie und die Familiengeschichte ist nicht auffällig. Sie wird als leicht erregbar und affektiv veranlagt geschildert. In dem dritten Falle Böttigers besteht keine hereditäre Belastung. Mit 17 Jahren hat sie zum erstenmal die Erkrankung, die ohne besondere Veranlassung anfangs selten auftritt, jetzt (im 38. Lebensjahr) alle ein bis zwei Jahre. Die Zustände beginnen allmählich, Zwangserscheinungen sind vorhanden. Auch die Patienten Oesterreichs zeigen einen periodischen Verlauf der Erkrankung. Ti. hat schon im 14. Lebensjahr eine Depersonalisationsattacke. Die schwere Erkrankung tritt im 20. Lebensjahre auf. Auch Prau hat mit 15 Jahren eine Attacke. Einige Jahre später treten neurasthenische Beschwerden auf. Mit 31 Jahren beginnt die jetzige Erkrankung, die etwa 4 Jahre lang dauert. Keine Zwangserscheinungen, nichts von Heredität. Auch in dem Falle Försters, der eine 49jährige Frau betrifft und die erblich nicht belastet ist, tritt die Erkrankung in Attacken auf. Die erste fand im 16. Lebensjahre statt, jedes folgende Jahr wiederholt sich die Störung. Die letzte Attacke bestand nach 3jähriger Dauer noch fort. Zwangserscheinungen waren vorhanden. Die Patientin Dd. Janets stammt aus einer belasteten Familie. Sie hat als Kind Ohnmachten gehabt. Schon bei der ersten Schwangerschaft bestand ein Depersonalisationszustand, der bei der dritten wieder einsetzte. Die 32jährige Pot. hat eine an Zwangszuständen leidende Mutter, sie war immer ernst und leicht beunruhigt. Mit 24 Jahren zum erstenmal psychasthenische Beschwerden. Nach der dritten Geburt im Anschlusse an zweimaliges Erschrecken der Symptomenkomplex der Depersonalisation. Es treten jedoch keine Zwangsvorstellungen auf. Dauer sechs Monate.

Allen hier erwähnten Fällen ist gemeinsam, daß sie in ausgesprochener Weise in Schüben verlaufen. Während in einer Reihe von Fällen Gelegenheitsursachen angegeben werden, ist bei anderen davon nicht die Rede. Bei manchen Fällen werden sie sogar direkt negiert. Die Dauer der einzelnen Schüben ist eine außerordentlich wechselnde. Häufig kommt auch die Störung in der Form von Anfällen kürzester Dauer. Zwangszustände sind in einer Reihe von Fällen angegeben.

Eine besondere Beachtung verdient hier der Fall von Dugas, denn hier treffen die Depersonalisationsattacken zunächst die Erinnerungen, ein Verhalten, das gewiß außerordentlich schwer im Sinne des manisch-depressiven Irreseins gedeutet werden kann, denn eine auf die Erinnerungen beschränkte partielle subjektive Hemmung wird wohl kaum angenommen werden können. Der Patient konnte zunächst nicht an seine Vergangenheit glauben und zwar zunächst 1893 nur an die entferntere Vergangenheit nicht, 1895 und 1896 kommen neue Attacken, die sich aber wieder nur auf die Vergangenheit beziehen. Schließlich kommt es zum voll ausgebildeten Symptomenkomplex. Das, was mir wichtig erscheint ist, daß die Störung ausgesprochen periodisch auftritt, äußere

Veranlassungen nicht nachgewiesen sind, gleichwohl spricht die Symptomatologie gegen einen manisch-depressiven Zustand[1]).

Es sei jetzt über zwei Fälle von zirkulärer Verlaufsart berichtet. Unsere Patientin Johanna, welche von Hause aus, eine mehr passive Natur ist, und eine nervöse Mutter hat, erkrankt im Anschluß an das Wochenbett an Depersonalisation, mit 27 Jahren. Die Erkrankung klingt in der Art ab, daß nach etwa $^3/_4$jähriger Dauer allmählich Phasen von Euphorie sich einschieben bis die heitere Stimmung schließlich dauernd wird. Nach der Entlassung zeigt sich ein ausgesprochen hypomanisches Zustandsbild. Die neue Erkrankung setzt 3 Jahre später bei ausgesprochenen Motiven plötzlich ein. Auch in ihr finden sich Phasen auffallender Heiterkeit, die sie allerdings nicht als echt bezeichnet. Zwangserscheinungen sind vorhanden. Einen ähnlichen Krankheitsverlauf zeigt die Kranke Försterlings. Allerdings handelt es sich nur um eine einzelne Phase. Die Heilung der Depersonalisation tritt in der Art ein, daß sich immer länger dauernde Phasen von Heiterkeit einschieben. In diesen beiden Fällen scheint der zirkuläre Verlauf entschieden im Sinne des Manisch-Depressiven zu sprechen. Es muß jedoch ausdrücklich betont werden, daß beide Fälle viel Verwandtes zu neurasthenischen Erkrankungen zeigen. Insbesondere scheinen die Phasen der Patientin Johanna durch äußere Ereignisse ausgelöst zu sein[2]). In den vorangehenden Zeilen sind die Haupttypen in der Verlaufsart geschildert. Weitere Ergänzungen können nach der Kasuistik leicht vorgenommen werden.

Fassen wir das Ermittelte kurz zusammen, so ergibt sich

1. Nur bei einem Falle wird von manisch-depressiven Geistesstörungen in der Antezedenz gesprochen. In den meisten Fällen findet sich, soweit eine Beurteilung möglich, in der Antezedenz Psychasthenie im Sinne Janets.
2. Das Lebensalter der Kranken beim Einsetzen der Attacke ist sehr verschieden. Besonders begünstigt erscheint die Zeit der Entwickelung und bei Frauen die Zeit des Klimakteriums, doch finden sich ähnliche Erkrankungen auch im Kindesalter (Hesnard). Im übrigen wird kein Alter völlig verschont[3]).
3. Männer und Frauen sind in nicht merklich verschiedenem Grade betroffen.
4. In der Mehrzahl der Fälle findet sich, daß das Individuum auch vor der Erkrankung eigenartig veranlagt war. Häufiger finden sich Angaben im Sinne psychopathischer Konstitutionen. Nur in einem Fall ist die Annahme konstitutioneller Verstimmung nicht auszuschließen.

---

[1]) Doch muß noch einschränkend hinzugefügt werden, daß eine derartige Symptomatologie im Rahmen des Manisch-Depressiven zwar unwahrscheinlich, aber denkbar ist. Der „Verlust des optischen Vorstellungsvermögens" in den Fällen von Cotard und Lemos ist immerhin etwas Verwandtes.

[2]) Wie erwähnt, ist von anderer Seite Dementia praecox (und auch Hysterie) diagnostiziert worden.

[3]) Ich habe von einer statistischen Bearbeitung wegen der Ungleichartigkeit des Materials abgesehen.

5. Die Dauer der einzelnen Attacken ist meist eine lange, insbesondere dann, wenn es sich um einen einzelnen Anfall handelt. Die längste Dauer beträgt 30 Jahre.
6. Sehr häufig ist ein periodischer Verlauf, während diesem kommen anfallsartige, nur eine halbe Minute dauernde Attacken vor. Doch findet sich auch bei periodischem Verlauf eine Krankheitsdauer von einzelnen Phasen von 3 oder 4 Jahren.
7. Der Verlauf kann auch ein zirkulärer sein. Es sind bisher nur kurze manische Phasen beobachtet.
8. Sehr häufig mischen sich Zwangssymptome[1]) dem Zustandsbilde bei. Klagen über körperliche Beschwerden gehören zur Regel.

Nachdem wir uns so in Grundzügen den Verlauf dieses Symptomenkomplexes klargelegt haben, müssen wir versuchen, endgültig an seine Deutung heranzutreten. Wir fragen zunächst, von der anderen Seite herkommend: Gibt es sonst eindeutige Fälle manisch-depressiven Irreseins, in denen der uns beschäftigende Symptomenkomplex nachweisbar ist. Zunächst kommt der Fall 2 Juliusburgers in Frage, in dem mitgeteilt wird, es seien melancholische Attacken vorausgegangen. Ohne darauf einzugehen, daß in diesem Falle typische Depersonalisation nicht vorliegt, hebe ich nur hervor, daß aus der Krankengeschichte kein Beweis dafür zu entnehmen ist, daß wirklich melancholische Zustände vorausgegangen sind. Wichtiger ist ein Fall von Wilmanns, der zwar auch nur kurz mitgeteilt ist, aus dem mit Sicherheit hervorgeht, daß während des Abklingens einer schweren Psychose unser Symptomenkomplex auftreten kann. Die Kranke hatte mehrere typische Depressionen durchgemacht, bevor sie 1900 in die Heidelberger Klinik kam. Sie bot damals ein katatonisches Zustandsbild, sie war mutacistisch und negativistisch. Zeitweise wurde sie in impulsiver Weise gewalttätig; wenn sie zugänglicher war, gab sie mit gezierter Stimme Antwort, war verschroben und maniriert. Sie gebrauchte eigentümliche Ausdrücke „Sprechen sie den Professor tot" und brachte ohne Affekt phantastische Wahnvorstellungen vor, sei tot, neben ihrem Bett drehe sich die Weltachse, sei mit Elektrizität geladen etc. Unter wechselnden Erscheinungen dauerte der Zustand drei Jahre, dann gewann sie völlige Krankheitseinsicht, aber sie bot jetzt das ausgesprochene Zustandsbild der Depersonalisation. Wilmanns schildert es in kurzen Worten, es fehlt kein wesentliches Symptom. Die Depression wich einer leichten Manie, dann trat völlige Genesung ein. Drei Jahre später trat ein ähnlicher Anfall auf. Wilmanns zählt diesen Fall mit Sicherheit zum manisch-depressiven Irresein. Es muß jedoch gesagt werden, daß an dieser Diagnose doch Zweifel möglich sind. Wilmanns führt als eines seiner Argumente gegen die Diagnose der Dementia praecox an, es sei unwahrscheinlich, daß zwei so grundverschiedene Krankheiten, wie manisch-depressives Irresein und Dementia praecox, das gleiche Zustandsbild bieten könnten. Wie sich aus unseren ganzen Ausführungen ergibt, halten wir diese Anschauung nicht für stichhaltig. Ich möchte übrigens hervorheben, daß ich das ausgesprochene Bild der Depersonalisation keineswegs als besonders häufig bei der Zyklothymie ansehen kann,

[1]) Auch wenn man die enge Fassung Bumkes zugrunde legt.

einzelne Symptome finden sich allerdings regelmäßig in den Depressionszuständen. Sie finden sich, wie ich sehr bald belegen werde, ebenfalls bei neurasthenischen Verstimmungen. So z. B. zeigen die in dem Lehrbuch von Kraepelin angeführten Fälle von Zyklothymie nur Teile unseres Symptomenkomplexes. Immerhin scheint auch mir die Möglichkeit vorhanden zu sein, daß der Fall von Wilmanns dem manisch-depressiven Irresein angehört.

Beweisender ist meines Erachtens ein Fall von Masselon, den ich in extenso wiedergebe. Freilich muß Zweifelnden auch hierbei zugestanden werden, daß die nosologische Stellung der klimakterischen depressiven Psychosen trotz des Buches von Dreyfus derzeit keine völlig geklärte ist.

Valentine, 47 Jahre alt, aufgenommen im Jahre 1900. Stets etwas nervös, 1871 depressive Attacke, 1899 Sorgen wegen materieller Dinge, die sie sich zu Herzen nimmt. Sie klagt schon damals, alle Ideen seien verwirrt, alle Erinnerungen fern. Sie wisse nichts und empfinde keinen Kummer über den Tod ihres Mannes. Im Oktober 1899 Suizidideen, 1900 fast geheilt. Im September jedoch bedrückt geängstigt und versucht die Stücke eines Glases, das sie zerbrochen hat, zu verschlucken. Sie glaubt sich in einen Hasen verwandelt und glaubt sich verdammt. Klagt sich an, das Haus verwünscht zu haben. Befürchtungen für ihre Familie. Sie sei nicht mehr Valentine, wisse nicht mehr was sie ist, ist kein menschliches Wesen mehr. Ihr Herz, ihr Magen, ihr Mund, ihre Gesten sind nicht mehr wie früher, sie sei kleiner geworden. Jeden Moment verändere sie sich und diese Veränderung machte sie immer noch schlechter als früher. 1902 tritt ein Stuporzustand ein. Die deliranten Ideen bleiben bestehen, treten aber nur hervor, wenn der Stupor von Angst durchbrochen wird.

Masselon gibt noch eine detailiertere Schilderung des Zustandes, die uns in mehrfacher Hinsicht wertvoll ist. Valentine glaubte vor dem Eintritt des richtigen Delirs, sie sei verändert in ihrem geistigen Leben. Erst dann kamen die Versündigungsideen. Sie sagt 1900: „Ich habe niemals einen klaren Gedanken, ich mühe mich ab sie zu fassen. Ich möchte begreifen, es ist mir das jedoch unmöglich, das Gedächtnis ist verschwunden. Meine Erinnerungen sind weit von mir. Man sagt mir, daß mein Mann voriges Jahr gestorben ist, ich erinnere mich kaum daran. Alles was ich denke ist vage, ich lebe wie im Traume. Ich handle wie ein Automat, ohne mir Rechenschaft abzulegen. Ich fühle weder Freude noch Trauer, ich spreche alle diese Worte aus ohne sie zu begreifen. Ich gebe mir keine Rechenschaft, was eigentlich meine Kinder sind, ich empfinde nichts für meine Kinder.“ Es sei schrecklich zu sein, wie niemand anderer und nicht zu verstehen, was in der Umgebung vorgeht. Erst nachdem eine Reihe derartiger Klagen gekommen, wurden die Ideen, daß der Körper sich in der oben beschriebenen Art und Weise verändert habe, geäußert.

Es ist also zu mindest als wahrscheinlich zu bezeichnen, daß der Symptomenkomplex der Depersonalisation im Rahmen des ausgeprägten manisch-depressiven Irreseins vorkommen kann. Versuchen wir jetzt nachzuweisen, daß sichere Fälle unseres Symptomenkomplexes auf den Boden der nicht affektiv gefärbten Degeneration vorkommen können.

Ich wähle hierzu den Fall von Löwy. Hier kommt zunächst als wesentliches Beweismoment in Frage, daß nachgewiesen werden kann, daß ein bestimmtes psychisches Trauma sich in bestimmte Symptome umsetzt. Es handelt sich ferner um ein Individuum, das sicher und zwar vermutlich gleichartig neurotisch belastet ist. Die Anfälle haben die verschiedenste Dauer, sie dauern bisweilen nur eine halbe Minute. Kurze Attacken bei manisch-depressivem Irreseins sind zwar z. B. in einer Arbeit von Benon beschrieben, aber auch diese dauern mehrere Stunden. (Ich selbst konnte einen analogen Fall kürzlich beobachten.) Auch der Fall von Dugas scheint mir trotz des anscheinend periodischen Verlaufens nur als Neurose deutbar zu sein. Auch Fälle, wie die von Touche, welche in ihrem ganzen Aufbau auf die Neurose verweisen, müssen hier genannt werden. Man halte sich doch auch gegenwärtig, wie sehr die Neurasthenie der

täglichen Praxis sich symptomatologisch der Depersonalisation nähert; einen derartigen Fall gebe ich in Kürze in folgendem wieder.

Fall 7. Bernhard, S., 16 Jahre. Hat früher masturbiert, klagt jetzt über Gedächtnisschwäche. Es kommt jeden Monat regelmäßig wieder, es ist ein Schwächegefühl. Er kann nicht richtig nachdenken, wenn er es will, aber er merkt, daß er richtig denkt, wenn er die Aufmerksamkeit nicht darauf lenkt. Alles sei durcheinander im Kopf, als wäre er leer. Früher war er viel lustiger, jetzt ist er niedergeschlagen. Er habe nicht mehr so viel Mut wie früher. Er hält sich für unzuverlässig. Wenn er an seine Krankheit denke, vergesse er oft Aufträge. Tagelang liegt es ihm wie Schleier vor den Augen. Häufig kommt Schwindel. Den Eindruck des Fremdartigen hat ihn seine Umgebung nie gemacht. Der Zustand wechselt, manchmal hat er mehr Mut zur Arbeit. Die Familienanamnese ist belanglos, insbesondere ist nichts Manisch-Depressives in der Antezedenz nachweisbar.

Schließlich aber heben wir nachdrücklich hervor, daß auch die sog. erworbene Neurasthenie Zustandsbilder zeigen kann, welche unserem Symptomenkomplex entsprechen. Hesnard hat zwei Fälle mitgeteilt (sein Fall 50 und 51) in denen ein Zusammenhang mit einer beginnenden Arteriosklerose zu mindest wahrscheinlich ist. Einen Fall, bei dem mir wahrscheinlich ist, daß er auf den Boden des Alkoholismus erwachsen ist, lasse ich jetzt folgen.

Fall 8. Rudolf H., Kontorist, 39 Jahre. Sucht selbst die Klinik auf. Nach Angabe der Frau ist er häufig betrunken, ist streitsüchtig, aber begabt und arbeitsam. Zwei Kinder sind gesund. Bei der körperlichen Untersuchung ergeben sich Anzeigen für chronischen Alkoholismus. Myokarditis. Er gibt an: „Wenn ich mich abends ins Bett lege, ruht der Körper, aber nicht der Geist. Er sieht vor dem Einschlafen blutige verzerrte Gesichter, Leichen und Verstorbene, z. B. seine alte Mutter genau, so wie sie lebte, jede Falte ihres Gesichts tritt scharf hervor. Weiter sehe ich eine Mauer, einen jeden Stein kann ich deutlich erkennen .... alle diese Erscheinungen kann ich festhalten, solange ich will."

Im traumhaften Zustande: „Ich fliege in der Luft herum, über Berge, Täler und Ortschaften, solange es mir beliebt (es ist das ein angenehmes Gefühl) dann sehe ich schöne Landschaften, grüne Wiesen, aber keine Menschen, sondern alles ist ruhig ..... auch lese ich vielmals Zeitungen. Die Buchstaben sehe ich ganz deutlich. Fließend lese ich aus diesen Zeitungen, Artikel und Gedichte, welche aber beim Erwachen meinem Gedächtnisse entschwunden sind. Ich sehe auch lebhaft einen Zug marschierender Soldaten, ich weiß nicht, daß ich selbst dabei bin. Des öfteren werde ich auch von Alpdrücken geplagt."

Er meint dann, ein richtiges Leben sei das überhaupt nicht, das er führe. Er vegetiere nur so. Er freue sich nicht mehr recht. Er bejaht lebhaft eine Frage nach Automatismus. Wenn er einen Brief zu schreiben hatte, so denkt er an etwas ganz anderes. Trotzdem kann er den Brief richtig schreiben. Ebenso ist es beim Lesen einer Zeitung, seine Gedanken sind ganz wo anders. Für Belletristik interessiert er sich lebhaft. Dabei denkt er auch weniger an anderes. Entfremdung der Außenwelt hat er nie bemerkt. Spontan knüpft er daran die Angabe, er habe wiederholt die Gefühle des schon einmal Getanhabens und schon einmal Dortgewesenseins erlebt. Er gibt eine gute Schilderung dieser Zustände. Alle diese Beschwerden bestehen etwa seit einem Jahre, waren früher seltener, sind jetzt häufiger.

Diese Beobachtung ist wiedergegeben deswegen, weil sie banal ist. Gleichwohl enthält sie im Keime die Depersonalisation. Wir haben die Klagen über Gefühlshemmung, Angaben über doppeltes Denken, Angaben über die fausse reconnaissance, über die besondere Lebhaftigkeit von Vorstellungsbildern. Auf die Angabe des Patienten bei einzelnen dieser Bilder habe ihm das Ichbewußtsein gefehlt, komme ich noch zurück. Hier interessiert das Klinische. Es fehlt jeder Anhaltspunkt für manisch-depressive Veranlagung. Niemand wird zögern, derartige Beobachtungen in nächste Verwandtschaft zur Neurasthenie zu stellen. Auch hier liegt meines Erachtens ein erworbener Zustand vor — vielleicht auf Boden des Alkoholismus.

Es geht aus unseren bisherigen Ausführungen hervor, daß zwischen diesen rudimentären und den ausgeprägtesten Fällen, alle möglichen Übergänge bestehen. Gerade auf Grund des Studiums des vorliegenden Symptomenkomplexes drängt sich die Überzeugung auf, daß zwischen den Neurosen im weitesten Sinne unter dem manisch-depressiven Irresein eine bestimmte Grenze nicht gezogen werden kann. Wir müssen also Homburger zustimmen, wenn er die Unmöglichkeit einer scharfen Abgrenzung geradezu als Charakteristikum funktioneller Psychosen bezeichnet. Er stimmt hier mit den Untersuchungen von Reiß zusammen, der zwischen psychogenen und manisch-depressiven Depressionen eine scharfe Grenzlinie nicht sehen konnte[1]). Es führt das aber zu einer teilweisen Anerkennung der Anschauungen von Hoche und Bumke. Damit ist auch das selbständige Studium eines Symptomenkomplexex gerechtfertigt.

Das Grenzgebiet zwischen affektiven Psychosen in weitestem Sinne und den Neurosen scheint mir ein besonderes Interesse zu bieten. Es entspricht im wesentlichen der Psychasthenie im Sinne von Janet und Raymond[2]). Man vergegenwärtige sich doch nur, wie viele Punkte der Symptomatologie der Neurasthenie und der Psychasthenie gemeinsam sind: die Zwangsvorstellungen, die hypochondrischen Klagen aller Art, die Schmerzen und die Symptome der Depersonalisation. Diese stellt eine verhältnismäßig gut abgegrenzte Gruppe aus diesem Grenzgebiete dar.

Spricht die Unmöglichkeit, klinische Abgrenzungen zwischen Neurosen und manisch-depressivem Irresein zu schaffen dafür, daß die Krankheiten wesensgleiche sind[3])? Wir heben sofort hervor, daß wir ja auch einige Fälle anführen konnten, in denen uns die Neurasthenie erworben schien.

Es schwebt uns im Gegensatz zu Hoche als Ziel doch vor, über das Symptomenbild hinaus zu dem Krankheitsprozeß vorzudringen.

Es scheint mir nicht notwendig zu sein, auf die engen Beziehungen zur hypothetischen Krankheit Hysterie eingehender zu verweisen. Sie liegen auf der Hand, auch haben wir sie in den vorangehenden Ausführungen wiederholt gestreift.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, resumieren wir dahin, daß gegenwärtig auf dem Gebiete der funktionellen Psychosen (manisch-depressives Irresein und Neurosen als Repräsentanten) scharfe Scheidewände nicht gezogen werden können. Das Studium von Symptomenkomplexen erscheint als aussichtsreiches. Als fernes Ziel gilt auch hier die Abgrenzung von Krankheitseinheiten, und dieses Ziel wäre ja auch dann erreicht, wenn es sich erweisen sollte, daß die funktionellen Psychosen eine einzige Krankheit darstellen.

Doch drängt sich bei dem Studium von Intoxikationen und leichten organischen Erkrankungen der Gedanke auf, daß verschiedene Krankheiten vorliegen können. Ihre Abgrenzung wird man freilich nicht auf Grund der Psychologie vornehmen können.

---

[1]) Die Abgrenzung, die Bonhöffer in einem Vortrage gegeben hat, ist sehr schematisch. Das Gleiche gilt von einem Artikel Ballets, beide Arbeiten scheinen zum Teil mehr auf praktische Fragen als auf theoretische gerichtet zu sein.

[2]) Eine gute Übersicht gibt das kleine Büchlein von Raymond.

[3]) Ein lehrreiches Beispiel für die Beziehungen psychopathischer Zustände zum Manisch-Depressiven ist C. F. Meyer (vgl. Heß, Lange, Sadger, Hellpach).

Ich wende mich zunächst zu der wichtigen Frage, ob man unseren Symptomenkomplex ins Normale zurück verfolgen kann. Beobachtungen an mir selbst habe ich bereits erwähnt. Der Alkohol schien eine begünstigende Wirkung zu haben.

Dugas hat in einem Artikel über das déjà vue darauf aufmerksam gemacht, daß während dieses Erlebnisses Änderungen und Verdoppelungen des Persönlichkeitsbewußtseins auftreten können. C. drückte sich folgendermaßen aus: „Ich hörte meine Stimme, wie die einer fremden Person, aber zu gleicher Zeit erkannte ich sie als die meine. Ich wußte, daß ich sprach, aber das Ich das sprach, machte den Eindruck eines Ich, das verloren war und plötzlich wieder gefunden war." Bernhard-Leroy hat dann in einer Enquete über „fausse reconnaissance" Fragen hinzu gefügt, welche sich auf die Depersonalisation bezogen. Er erhielt Antworten, daß die Realität, wie ein Traum erschiene (ähnliches hatte Kraepelin schon früher angegeben, alles was ihn umgab, schien ihm entfernt, wie mit einem Schleier bedeckt). Andere hatten den Eindruck, die Welt entferne sich von ihnen, sie seien von allem getrennt, wie durch eine unsichtbare Schranke. Eine der Befragten spricht von „isolement cosmique". Die Welt erscheine seltsam, es ist eine Art moralischer Entfernung. Alles erscheint dem Individuum neu, wie wenn es auf einen anderen Planeten gefallen wäre. Wieder anderen erscheinen auch die eigenen Tätigkeiten fremd und ungewohnt. Moreau de Tours hatte unter dem Einfluß von Haschisch den Eindruck, daß er nicht durch seinen eigenen Willen beim Tanzen sich drehe, sondern, daß er wie ein Kinderspielzeug gedreht werde. Gleichwohl tanzte er richtig und sprach auch mit seiner Tänzerin. Eine andere Person hat den Eindruck, daß eine Person handelt, während die andere Person zusieht und die zugehörigen Empfindungen hat. Schließlich kommt auch eine vollständige Depersonalisation zustande, in der dem Individuum Wahrnehmungen, Erinnerungen und Handlungen fremd erscheinen. Wenn ich ermüdet bin, sagt Bn. und ich spreche, komme ich mir selbst wie fremd vor im Denken und im Sprechen. Der Autor hat das mindestens ein dutzendmal erlebt, meist nach leichten Erregungen z. B. beim Gespräch mit Freunden nach einer reichlichen Mahlzeit. Meine Stimme erschien mir, als ob ich sie früher nie gehört hätte, meine Erwägungen, meine Gedanken sind ungewohnt, die Welt ist fern und seltsam, ich komme mir selbst fremd vor und bin mir wie ein Fremder, gerade so, wie wenn ich ein anderer wäre. Heymans[1]) hat die Untersuchungen Leroys systematisch fortgesetzt. Er hat den Fragebogen, insbesonders Fragen beigefügt, welche sich auf den allgemeinen psychischen Zustand der Personen bezogen. Das für uns wichtige Resultat ist folgendes: „Es gibt einen Menschentypus, bei welchem sowohl die Erscheinungen der Depersonalisation und der fausse reconnaissance, wie die Erscheinung des Fremdfindens eines bekannten Wortes merklich häufiger —, und es gibt einen entgegengesetzten Menschentypus, bei welchem alle diese Erscheinungen merklich weniger häufig als im Durchschnitt vorkommen. Jener erstere Typus ist durch stärkere Emotionalität, ungleiche Gemütslage, zeitweiliges zu nichts aufgelegt sein, unregelmäßiges Arbeiten und geringere Beanlagung zum mathematischen Studium, jener zweite durch geringere Emotionalität, gleichmäßige Gemütslage, stets zu etwas aufgelegt sein, regelmäßiges Arbeiten und

[1]) Vgl. übrigens die Bemerkungen Ribots.

geringere Beanlagung zu sprachwissenschaftlichen Studien, gekennzeichnet." Die tatsächlichen Angaben hat Heymans noch durch eine zweite Untersuchung gesichert. Er charakterisiert die zur Depersonalisation neigenden Individuen als solche mit geringer psychischer Stabilität. Fischer hat die Angaben von Heymans bestätigen können. Wir glauben also den Boden aufzeigen zu können, auf welchem die genannten Störungen erwachsen. Es ist bemerkenswert, daß die Untersuchungen am normalen im wesentlichen zu den gleichen Annahmen drängen wie diejenigen, welche am pathologischen Material erhoben wurden. Es scheint also für den Fall der Depersonalisation die Annahme Hoches bestätigt, daß im Seelenleben des Normalen bestimmte Symptomenverkuppelungen vorgebildet sind, welche sich beim Kranken zu abnormer Stärke entfalten. Es ist das um so bemerkenswerter, als es sich um ein durchaus kompliziertes Bild handelt.

Noch von einem weiteren Gesichtspunkte aus sind die Enqueten von Heymans für uns von Belang. Sie ermöglichen uns einen Einblick in die Umstände, welche den Eintritt des Symptomenkomplexes begünstigen. Es sind das solche, welche auf eine zeitweilige Herabsetzung der psychischen Energie schließen lassen. Die Phänomene treten meist im Zustande der Ermüdung auf oder zu Zeiten, wo nicht interessante erzwungene Arbeit geleistet wird. Fast stets ist Ermüdung oder Alkoholmißbrauch verzeichnet. Auch die zweite Untersuchung von Heymans kommt zu gleichen Resultaten. Auch diese Bemerkungen sind uns wichtig, denn es sind die gleichen ätiologischen Faktoren, die uns zu mindest in einem Teil unseres pathologischen Materials auffällig sind.

Wir wenden uns nun zu einzelnen mehr speziellen Fragen.

1. Welche Ursache kommt der einzelnen Attacke der Depersonalisation zu? Wir bemühen uns an dieser Stelle darum, nur wirklich kausale Momente zur Erklärung heranzuziehen. Dugas und Moutier haben kausale und Einfühlungsmomente nicht scharf getrennt. Mit Sicherheit kann angenommen werden, daß starke Erregungen kausal für das Eintreten der einzelnen Attacke bestimmend sein können. In der ersten Beobachtung Krishabers ist eine erregte Szene der unmittelbare Anlaß zum Ausbruch der Depersonalisation. Eine ganze Reihe von entsprechenden Beobachtungen verdanken wir Janet. Janet schreibt der Aufregung eine zersetzende Kraft auf den Geist zu. Selbstverständlich greifen hier kausale und verständliche Zusammenhänge eng ineinander und wir verweisen auf das Kapitel in dem die verständlichen Zusammenhänge breiter erörtert sind. Wir wenden uns der Einwirkung erschöpfender Uraschen zu. In dem zweiten Falle Krishabers ist ein besonders anstrengender Dienst vorausgegangen. In dem Fall Wernickes bestand die Notwendigkeit intensiver Beschäftigung unter ungünstigen Umständen. In sehr vielen Fällen Janets ist von Graviditäten und Wochenbetten die Rede. Schließlich spielt das Klimakterium eine gewisse Rolle. Man wird sich also dem Eindrucke nicht verschließen können, daß in einer Reihe von Fällen greifbare Hilfsursachen vorhanden gewesen sind, welche zum Ausbruch der Erkrankung geführt haben. Man müßte dann nach einer Reihe von Autoren zum Beispiel Friedmann derartige Fälle mehr den Neurasthenien zurechnen. Es ist aber meines Erachtens durch die Untersuchungen von Reiß bewiesen, daß auch rein endogene

Zustände im Anschluß an Hilfsursachen auftreten können. Es ist überhaupt die Möglichkeit einer Einschätzung veranlassender Ursachen kaum gegeben. Was eine leichte, was eine schwere gemütliche Erschütterung ist, wird sich für den Nichtbeteiligten schwer entscheiden lassen. Es scheint mir also für die Abgrenzung von Neurasthenie und manisch-depressivem Irresein das Moment der Auslösbarkeit durch äußere Umstände nicht von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Eine Anschauung, die der Friedmanns wiederspricht.

2. Es muß als besonders auffallend bezeichnet werden, wie wenig depersonalisierte Kranke therapeutischen Beeinflussungen zugänglich sind. Auch das Moment therapeutischer Beeinflußbarkeit wird von Friedmann verwertet für die Differential-Diagnose zwischen manisch-depressiv und neurathenisch. Reiß ist bereits dieser schematischen Auffassung entgegengetreten. Unsere Gruppe ist im allgemeinen therapeutisch sehr wenig beeinflußbar. Das bezieht sich aber gerade auf jene Fälle, welche ihrem ganzen Typus und Verlauf nach, den Neurasthenien nahestehen. So z. B. die Fälle Janets. Ich lehne auch also dieses Kriterium ab.
3. Man könnte nun hoffen, aus einzelnen Symptomen sichere Anhaltspunkte zu gewinnen. Die Häufigkeit der Zwangsvorstellungen in unseren Fällen ist erwähnt worden. Nun haben aber gerade Untersuchungen aus jüngster Zeit wieder mit besonderem Nachdruck[1]) darauf verwiesen, wie häufig Zwangsvorstellungen im Rahmen manisch-depressiven Irreseins sich finden. Heilbronner, Bonhöffer und Stoecker nähern jene Konstitutionen, welche zu Zwangsvorstellungen neigen dem manisch-depressiven Irresein an und verweisen noch besonders auf die Periodizität der Erscheinungen. Jedenfalls ist die Hoffnung, hier ein einfaches Kriterium zu haben, eine trügerische.
4. Es bleibt noch der Begriff der Periodizität zu erörtern. Hoche und Bumke haben darauf verwiesen, wie sehr in jüngster Zeit der Begriff der Periodizität an Schärfe eingebüßt hat. Von Periodizität kann man eigentlich nur dann sprechen, wenn die einzelnen Attacken ohne entsprechenden äußeren Anlaß, aus Gründen, die in der Konstitution des betreffenden liegen, auftreten[2]). Nun ist aber der Begriff des entsprechenden äußeren Anlasses, wie oben erwähnt, kein geklärter. Beachtet man, wie häufig Krankheiten, für die ein endogener Faktor nur in Form einer gewissen Disposition wahrscheinlich ist, anscheinend periodisch auftreten, z. B. ein Erisypel, so wird man mit der Anwendung des Begriffes Periodizität sehr vorsichtig sein müssen. Und man wird den Begriff des periodischen auf jene Fälle einschränken müssen, in denen die Möglichkeit von äußeren Veranlassungen überhaupt ausgeschlossen werden kann. Ich weiß natürlich auch, daß es Fälle von manisch-depressivem Irresein gibt, die diesen Anforderungen vollkommen entsprechen. Es sind das

[1]) Doch ist auch eine ausgedehnte ältere Literatur vorhanden, die in einer Arbeit von Pfersdorff zum großen Teil erwähnt ist. Vgl. die Arbeiten von Deny und Charpentier und Soukhanoff. Auch eine Arbeit von Marchand ist heranzuziehen.

[2]) Mugdan schlägt sogar noch eine schärfere Formulierung vor, in dem annähernd gleiche Krankheitsbilder und annähernd gleiche Zwischenräume zwischen den einzelnen Phasen gefordert werden.

aber jene klassischen Fälle, welche schon seit langem bekannt sind. Gerade bei denjenigen Fällen, die in neuerer Zeit den echten periodischen auf Grund der Ähnlichkeiten der Zustandsbilder angereiht wurden, scheint mir diese Möglichkeit nicht verwirklicht zu sein. Gehen wir auf unsere eigenen Fälle über, so ist bei Johanna ein äußeres Moment für die erste und die zweite Attacke mit großer Wahrscheinlichkeit nachweisbar. Allerdings wird für eine Reihe von periodischen Fällen äußere Verursachung negiert. Immerhin glaube ich, daß eine aufmerksame Betrachtung unseres Materials zu dem Resultate führen wird, daß Periodizität nur unter ganz besonderen Vorsichtsmaßregeln klassifikatorisch zu verwenden ist, wofern die bisherigen laxen Bestimmungen verwendet werden. Es ist allerdings dringend zu wünschen, daß der (biologische) Begriff der Periodizität wieder eingeengt wird. Der Mugdansche Vorschlag erscheint entschieden sehr brauchbar zu sein.

5. Es bleibt noch zu erörtern übrig, welche Bedeutung den hypomanischen Phasen nach Depressionen zukommt. Hier muß erinnert werden an die eigentümliche Heiterkeit von Rekonvaleszenten und auch an die allgemeine Neigung, nach psychischen Depressionszuständen in eine abnorme Heiterkeit umzuschlagen. Insbesonders Kranke, die von erschöpfenden Einflüssen genesen sind, pflegen nach der Genesung eine besondere Heiterkeit zu zeigen. Also auch dieses Kriterium muß mit Vorsicht verwendet werden. Selbstverständlich soll hier nicht die Bedeutung ausgesprochen manischer Zustandsbilder bestritten werden, sondern es sollte nur die Rede sein von den Hypomanien leichteren Grades, welche in meinem Fall 2 und in dem Falle Försterlings beobachtet wurden. Allerdings ist gerade in dem Wechsel von Depression und gehobener Stimmung eines der sichersten Kriterien des Manisch-Depressiven gegeben und die genannten beiden Fälle sind diejenigen, die zu mindest dem Manisch-Depressiven sehr nahe gestellt werden müssen. Aber es muß wieder darauf verwiesen werden, wie sehr der Wechsel von Traurigkeit und Heiterkeit in den allgemeinen Mechanismen des Seelenlebens begründet ist.

Also auch bei dieser Art der Betrachtung nirgends die Möglichkeit fester Grenzen, nirgends die Möglichkeit bestimmter Kriterien. Es drängt sich also für die Gruppe der funktionellen Psychosen die Anschauung auf, daß es zwar fest umrissene Zustandsbilder, aber keine fest umrissenen Krankheitsbilder gibt. Was im besonderen die Gruppe der Depersonalisation betrifft, so meine ich, daß es sich hier um ein derartiges exakt umschreibbares Zustandsbild handelt. Am weitesten scheint die Veranlagung zur Depersonalisation von der paranoiden Konstitution entfernt zu sein. In dem einen Falle Neigung zur Trübung autosomatopsychischer Funktionen, in dem anderen Neigung, Allopsychisches falsch zu verwerten. Ich muß jedoch sofort einschränkend hinzufügen, daß unser Fall R. S. ausgesprochen paranoide Züge darbietet und ich werde im folgenden noch einen Symptomenkomplex beschreiben, in dem Paranoisches mit Erscheinungen der Depersonalisation eng vergesellschaftet ist.

Nachdem wir versucht haben, die Stellung des Symptomenkomplexes im Rahmen funktioneller Psychosen festzulegen, wenden wir uns nun den

organischen Psychosen im weiteren Sinne zu. Diese (spärlichen) Fälle haben deswegen für uns besonderes Interesse, weil sie unseren Versuch einer hirnphysiologischen Deutung der Erscheinungen rechtfertigen[1]).

In Form einer These sei eine Bemerkung vorausgeschickt. Für mich sind sämtliche Psychosen funktionelle, wenn man funktionell in dem Sinne nimmt, daß Störungen von Verläufen und psychischen Erlebnisformen getroffen werden. Auch die Demenz ist nicht einfach ein Defekt, sondern auch hier liegt ein abgeänderter psychischer Verlauf vor. Fälschlicherweise hat die Demenz zu dem bequemen Gesichtspunkt des Ausfalls bestimmte Elemente im Seelischen geführt. Für uns ist auch die Demenz nur ein veränderter psychischer Ablauf. Ich kann also nicht wie Löwy prinzipiell zwischen Demenzprozessen und „Begleitpsychosen" scheiden. Dieser Standpunkt scheint mir eine Konzession der Psychologie an die klinische Praxis zu sein. Demenzsymptome sind klassifikatorisch eindeutiger und praktisch verwendbarer.

Ich glaube, daß die Annahme sehr viel für sich hat, der uns beschäftigende Symptomenkomplex komme im Rahmen der Dementia praecox vor. Ich verweise zunächst auf den zweiten Fall Juliusburgers, der über länger als drei Jahre verfolgt wurde. Hier schieben sich in den Komplex der Depersonalisation Phasen ein von Ratlosigkeit und stereotyper Wiederholung von Redewendungen. Besonders beweisend scheint mit ein Brief aus dem Jahre 1902 zu sein, der etwas schwülstig und abschweifend ist. Allerdings fehlen auch hier wirklich schwere Störungen der Intelligenz. Gegen das Ende der Beobachtungszeit macht die logische Denktätigkeit noch Schwierigkeiten. Einen einwandfreien Beweis kann ich allerdings auch in diesem Falle nicht sehen, denn Verbigeration ist ja auch bei Manisch-Depressiven wiederholt beobachtet. Der Mangel an Initiative und an logischem Denken könnte immerhin als Hemmung gedeutet werden. Allerdings halte ich die Auffassung des Autors für die wahrscheinlichste. Auch Gottfried kann nicht mit völliger Sicherheit als Hebephrener bezeichnet werden. Doch spricht eine überwiegende Wahrscheinlichkeit im Sinn dieser Diagnose. Insbesonders die Ideen einer gewissen Berufung seiner selbst und seiner Familie scheinen mir nach dieser Richtung zu weisen. Insbesonders deshalb, weil ein wirklicher Affekt nach einer bestimmten Richtung bei dem Kranken zu jener Zeit nicht vorhanden war. Gegenwärtig wird von Wahnideen nichts berichtet, doch gilt der Patient noch als apathisch und willenlos. Auf die etwas barocken Ausschmückungen des Symptomenkomplexes der Depersonalisation möchte ich kein sehr großes Gewicht legen[2]). Ein größeres darauf, daß wenigstens zu Beginn der Erkrankung sich die Klagen des Patienten vorwiegend auf Sexuelles richteten. Ich kann im übrigen auf das Resümee der Krankengeschichte verweisen. Es sind also überwiegende Wahrscheinlichkeitsmomente im Sinne einer Dementia praecox gegeben. Es ergibt

[1]) Auch die Grenzlinien zwischen Neurosen, manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox sind nur theoretisch scharf zu ziehen; die klinische Forschung, die Erblichkeitslehre und die Betrachtung der somatischen Symptome haben ergeben, daß jedenfalls mindestens zwei verschiedene Krankheiten vorliegen. Die Entscheidung, auf welcher Basis ein vorliegender Symptomenkomplex entstanden ist, stößt ja bekanntlich oft im einzelnen Falle auf unüberwindliche Schwierigkeiten.

[2]) Vielleicht verweisen sie doch auf eine beträchtlichere Schädigung. Die psychologische Deutung wird hierdurch nicht geändert. Ob hieraus differentialdiagnostisch (in bezug auf die Krankheit) etwa gefolgert werden kann, müssen weitere Untersuchungen zeigen.

sich also doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, daß unser Symptomenkomplex auch den organischen Verblödungsprozessen zukommt[1]).

Glücklicherweise haben wir jedoch noch stringentere Beweise für das Vorkommen des Symptomenkomplexes auf organischer Basis zur Verfügung. Die Beobachtungen Janets an Epileptikern scheinen mir vollkommen beweisend zu sein. Insbesonders in dem Falle Is. ist einesteils der Symptomenkomplex der Depersonalisation voll ausgebildet, anderenteils erwächst er sicher auf dem Boden der Epilepsie, denn die Störung tritt im unmittelbaren Zusammenhang mit epileptischen Anfällen ein, sie geht dem Anfall voraus und wird durch einen solchen abgeschlossen. Nicht vollkommen ist der Symptomenkomplex in dem Falle Pax. ausgesprochen, es kommen noch eigenartige Verlegungen des eigenen Bewußtseins in andere Personen hinzu. Es muß jedoch gesagt werden, daß Elemente der Depersonalisation, wie dies auch Pick ausgeführt hat, bei Epilepsie nicht selten angetroffen werden. Janet teilt eine Reihe von Fällen mit, in denen bei Epileptikern das Gefühl des Traumhaften und Irreellen vorhanden ist. Einer Patientin scheint alles so tot zu sein, daß sie sich fragt, ob das Weltende da ist. Auch Pick teilt in mehreren Arbeiten Einschlägiges mit, auch Beobachtungen Browns referierend. Ich habe selbst einen Epileptiker beobachtet, der angab, es sei ihm wie wenn er träume. Dieser Zustand war für ihn unangenehm. Genauere Angaben konnte ich nicht von ihm erhalten. Eine weitere Beobachtung lasse ich hier folgen, wiewohl sie nur Einzelzüge des Komplexes enthält.

Fall 9. A. Sch., 28 Jahre. Schwere epileptische Anfälle typischer Art (Bewußtlosigkeit, Zungenbisse, Einnässen) im Anschluß an Unfall. Keine wesentlichen Intelligenzdefekte, aber Verlangsamung des Denkens und Reizbarkeit.

Manchmal überkommen ihn sonderbare Gefühle, er fühlt sich eigenartig, weiß nicht mehr, wer er ist und wo er ist. Gleichzeitig Angst und Unzufriedenheit. Es hämmert im Schädel, es wird ihm schwindlig, es verschwindet dann plötzlich wieder. „Ich kann das nicht beschreiben, ich weiß nicht, was ich sagen soll..... ich möchte manchmal an einfache Sachen denken und kann mir das gar nicht vorstellen. Dann kommen andere Sachen, nach denen ich nicht gefragt habe: das bist du als kleiner Junge gewesen, da sehe ich im Geiste was ich erlebt habe."

Ich verweise noch auf die beiden später noch mitzuteilenden Fälle von Migräneattacken, in welcher Störungen auftraten, die denen der Depersonalisation zum mindesten verwandt sind.

Schließlich sei erwähnt, daß Löwenfeld hierhergehöriges in einem Fall von Hirntumor beobachtet hat, wenn auch nur im unvollständigen Maße.

Die wichtige Frage, inwieweit dem Symptomenkomplex Ähnliches auf der Basis organischer Herderkrankung vorkommt wird im folgenden noch eingehend behandelt werden. Jedenfalls treffen wir bei gewissen Fällen von sog. Seelenblindheit Angaben, welche auf die Depersonalisation verweisen.

Eine besondere Stellung nimmt ein Fall von Sollier ein. Während eines Zeitraumes von 5 Jahren verspürte der Kranke, ein 28jähriger Professor, eigenartige Sensationen, die allmählich zunahmen. Er klagte, daß seine rechte Schädelhälfte sich vergrößert hätte, insbesonders die rechte Schläfengegend. Der Kranke hatte den Eindruck, die rechte Hirnhälfte sei tot. Er konnte keinen Schlaf finden, er hatte die Empfindung, daß das rechte Gehirn eingedrückt sei. Im rechten Ohre hatte er Ohrensausen. Die rechte Seite denke nicht, die linke wolle

[1]) Es ist mir sehr wohl bewußt, daß von vielen Autoren, eine beträchtlichere Anzahl der hier mitgeteilten Fälle der Dementia praecox zugeteilt werden wird.

schlafen und er sehe nur links. Rechts ist der Druck, die Finsternis. Sein Kopf sei leer, er habe keine Ideenfolge mehr, er sei zu weit vom Leben, er sei unpersönlich, er sehe die Welt nur wie eine photographische Platte und fühle sich außerhalb des Lebens. „Ich kann keine Minute normal leben, die Minuten sind festgenagelt, ich kann aus dem gegenwärtigen Leben nicht heraus." Die Sinnesorgane waren rechts übererregbar, im übrigen ergab die objektive Untersuchung eine Größenzunahme des Schädels. Es bestand leichte Lymphozytose im Liquor. Bei der Trepanation fand sich das Scheitelbein verdickt, die Hemisphäre war blutreich. Unmittelbar nach der Operation traten epileptiforme Anfälle und Sprachstörungen auf. Der Kranke starb in einer epileptiformen Krise sechs Tage nach dem Eingriff. Eine Deutung dieser Beobachtung erscheint fast unmöglich zu sein. Man kann daran denken, daß die Verdickung des Schädels eine wesentliche Rolle nicht gespielt hat. Die epileptischen Anfälle und die Sprachstörungen sind wohl Operationsfolgen und als solche nicht verwertbar für die Deutung des Falles. Die Möglichkeit einer Hebephrenie muß im Auge behalten werden. Diese Deutung ist mir die Wahrscheinlichste. Immerhin erscheint der Fall bedeutsam, auch er ermutigt zu einer hirnphysiologischen Deutung des Symptomenkomplexes.

Im vorangehenden[1]) wurde ausführlich gezeigt, daß ein komplizierter Symptomenkomplex auf sehr verschiedener Basis zustande kommen kann. Wir werden im folgenden noch eingehender erörtern, daß wir einzelne Symptome aus dem Gebiete der Depersonalisation bei den allerverschiedensten Krankheiten antreffen können. Die psychologisch klinische Betrachtung des uns vorliegenden Materials hat uns also gezeigt, daß keines der vorliegenden Symptome für irgend eine Krankheit allein in Anspruch genommen werden kann. Es wäre der Einwand denkbar, daß die Symptome zwar in den verschiedenen Fällen einander ähnlich seien, daß sie aber doch in ihrem Wesen als different angesehen werden müssen. Ich werde diesen Einwand im folgenden noch ausführlicher erörtern, hebe aber bereits hier hervor, daß ich es nicht für zulässig halte, den gleichen psychischen Tatbestand das eine Mal als Hemmung, das andere Mal als Sperrung zu bezeichnen, je nachdem sonstige Gründe zu der Diagnose manisch-depressives Irresein oder Dementia praecox bewegen. Wer Unterschiede annimmt, ist verpflichtet, sie deskriptiv am einzelnen Symptom aufzuzeichnen. Uns ist das in dem vorliegenden Falle nicht gelungen und wir können einen derartigen Unterschied auch nach den Deskriptionen der Literatur nicht ersehen.

Wir wenden uns der allgemeinen Frage zu, inwieweit bestimmte psychopathologische Symptome für die eindeutige Diagnose psychischer Störungen verwertet werden können. Ich hebe sofort hervor, daß der praktische Wert einzelner Symptome für die Diagnose bestimmter Erkrankungen an dieser Stelle nicht untersucht wird. Es handelt sich nur, um die rein theoretische Fragestellung, ob es auf dem Gebiete des Psychischen Symptome gibt, welche nur bei einer Krankheit vorkommen und ob bestimmte Symptome einer Krankheit wesensmäßig zugeordnet sind. Am häufigsten hat man bei denjenigen Krankheiten nach solchen untrüglichen Kriterien gesucht, bei denen der anatomische Befund keine genügende Grundlage zur sicheren Klassifizierung gab. Man hat

[1]) Hierzu sind die Arbeiten von Hoche, Bumke, Alzheimer, Cramer, Löwy und Hartmann besonders heranzuziehen.

also diese psychologischen Kriterien vorwiegend zur Abgrenzung der sog. funktionellen Psychosen gegenüber der Dementia praecox verwendet resp. (wenn man auch diese zu den funktionellen Psychosen zählen will) für Abgrenzungen innerhalb der funktionellen Psychosen. Nun hätte eine vorurteilsfreie Betrachtung des gesicherten Tatsachenmaterials bereits stutzig machen müssen. Die progressive Paralyse kann jederzeit Bilder hervorbringen, welche denen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins genau entsprechen. Schon dieses Beispiel zeigt, mit welchen Schwierigkeiten Versuche, psychologische pathognostische Symptome zu finden, behaftet sind. Schon dieses Beispiel zeigt uns, wie notwendig es ist, zwischen dem Symptomenkomplex und der Krankheit eine prinzipielle Differenz zu machen. Gerade den Depressionen der beginnenden Paralyse gegenüber wird man nicht sagen können, daß sie psychologisch different sind von denen des manisch-depressiven Irreseins. Das gleiche gilt von den katatonen Symptomen bei dieser Erkrankung in ihrem Verhältnis zur Katatonie. Es haben aber einige Autoren, gleichsam um die psychologische Spezifizität der psychologischen Symptome zu retten, hier von einer Auslösung einer bestimmten Veranlagung gesprochen, eine Erklärung, die ich nicht als glücklich ansehen kann.

Im Sinne der bisherigen Ausführung ist es gar nicht einzusehen, weshalb denn nicht bei der Dementia praecox sog. manisch-depressive Symptome auftreten sollten. Anderenteils halten wir es durchaus nicht für befremdlich, wenn schizophrene Symptome auf Boden von manisch-depressiver Erkrankung vorkommen. Wir würden diesen Erwägungen keinen Wert zusprechen, wenn sie nicht durch die Tatsachen beglaubigt würden. In der Tat scheint es mir ein sicheres Ergebnis der Arbeiten von Wilmanns zu sein, daß sog. katatone Symptome beim manisch-depressiven Irresein vorkommen und ein sicheres Ergebnis der Arbeiten von Urstein, daß im Rahmen der Schizophrenie manisch-depressive Symptome vorkommen. Es ist also die Empirie entschieden gegen den Ausspruch von Wilmanns: es sei unwahrscheinlich, daß bei so grundverschiedenen Krankheiten, wie die genannten, gleiche Symptome vorkommen könnten. Und sie spricht in gleicher Weise gegen die Annahme Ursteins, daß jede „subjektive Hemmung" schizophren sei.

In Erinnerung an Anatomisches hat nun insbesonders Löwy versucht in den Endzuständen, welche ja am ehesten dem anatomischen Defekt entsprechen, das Psychologisch-charakteristische aufzudecken. Nun ist ohne weiteres zuzugeben, daß der katatone Endzustand eine Verwechslung mit manisch-depressiven Zuständen nicht zuläßt. Gleichwohl ist es auch er nicht spezifisch. Es gibt epileptische Demenzen, die symptomatologisch den schizophrenen entsprechen. Auch bei der Paralyse kann man entsprechende Bilder antreffen. Schließlich sind Idiotieformen zu erwähnen, welche bei rein symptomatologischer Betrachtung nicht von der Schizophrenie abzutrennen sind. Noch entschiedener muß ich die Angabe von Löwy und Urstein bestreiten, daß dasjenige, was den Endzustand als schizophrenen charakterisiert, stets oder auch nur überwiegend häufig in den ersten Attacken der Schizophrenie anzutreffen sei. Man suche doch bei meinem Kranken Karl O. die Intentionsleere! (Löwy). Meiner Ansicht nach werden in allen diesen Betrachtungen psychologische und klinische Gesichtspunkte miteinander konfundiert. Die Suche nach psychologischen Kardinalsymptomen hat auch übersehen lassen, daß der Intensitätsbegriff im Psychi-

schen nicht ohne Einschränkung verwertet werden darf. Die Anfangszustände der Schizophrenie sind nicht gleichsam verdünnte Endzustände der gleichen Krankheit.

Ich will im folgenden versuchen, bezüglich der hauptsächlichsten Anschauungen betreffs spezifischer Symptome der Schizophrenie zu zeigen, daß die Formulierungen ungenügend sind. Stransky hat den Begriff der intrapsychischen Ataxie für die Dementia praecox aufgestellt. Das normale Seelenleben sei durch das geregelte Ineinandergreifen der beiden Sphären des Seelischen gewährleistet. Thymopsyche, die Summe der Funktionen affektiver Art und Noopsyche, die Summe der intellektuellen Funktionen arbeiteten in fein abgestumpfter Weise zusammen. Bei der Dementia praecox sei eben dieses Zusammenarbeiten gestört. Uns scheinen diese Begriffe, von prinzipiellen psychologischen Erörterungen abgesehen, dem Wunsche einer genauen Beschreibung des psychologischen Tatbestandes nicht zu entsprechen. Es ist sofort zu fragen, wie denn im Sinne der Stranskyschen Definitionen der manisch-depressive Mischzustand zu werten ist, z. B. der manische Stupor. Im Sinn der Definition wäre auch das verspätete Auftreten von Affekten, wie das z. B. Sollier beschreibt gleichfalls als vorübergehende Dissoziation zwischen Noopsychische und Thymopsyche zu bezeichnen. Man beachte doch auch die wechselnde Affektivität der Hysterischen gegenüber den Eindrücken der Außenwelt, wie sie ruhig den Tod ihres Vaters hinnehmen, dann über den Tod ihres Hündchens in lautes Jammern ausbrechen. Schließlich möchte ich noch folgendes vermerken. Der Feigling wird geneigt sein, bei dem der mutig Gefahren entgegen geht, die Dissoziation zu sehen, denn bei jenem ist die Ansprechbarkeit der Affekte der Angst und Furcht entschieden eine verringerte. Es soll nicht geleugnet werden, daß Stransky wichtige Symptome der Dementia praecox gesehen und beschrieben hat. Nur kommt es mir darauf an, hervorzuheben, daß nicht der psychologische Mechanismus das Charakteristische ist, sondern seine Verwebung in das klinische Gesamtbild. Stransky selbst hat übrigens die Beziehungen des Symptoms zu anderen Leiden erwähnt. Jedenfalls müssen wir aber hervorheben, daß die intrapsychische Ataxie im Sinne von Stransky für die Dementia praecox nicht pathognomisch ist.

Urstein bezeichnet als intrapsychische Ataxie jede Disharmonie im seelischen Leben. Damit ist der Begriff soweit geworden, daß er überhaupt nichts bestimmtes mehr bezeichnet. Man hat Dreyfus mit Recht vorgeworfen, man könne mittelst seiner Kriterien bei jedem Menschen manisch-depressives Irresein diagnostizieren. Ebenso kann Urstein mittelst der seinen bei jedem Menschen eine Dementia praecox feststellen. Die Unbrauchbarkeit der Ursteinschen Kriterien geht daraus hervor, daß er schließlich zu dem Resultate kommt die intrapsychische subjektive Hemmung sei nur bei der Dementia praecox festzustellen. Wir halten ihm die von uns gesammelte Kasuistik entgegen.

Bleuler hält eine bestimmte Assoziationsstörung für das Zeichen der Schizophrenie. Es würde zu weit führen eine Kritik des ausgezeichneten Buches in dieser Hinsicht zu versuchen. Ich möchte nur hervorheben, daß das Referat von Trenel den Kernpunkt der Frage zu treffen scheint, wenn es Bleuler vorwirft, er verwechsle eine psychologische Charakterisierung mit klinischen Abgrenzungen.

Diese Erörterungen zielen dahin, daß es bei dem gegenwärtigen Stande der Psychiatrie nicht berechtigt erscheint, bestimmte psychologische Mechanismen für bestimmte Krankheiten in Anspruch zu nehmen. Wir haben uns bemüht zu zeigen, daß selbst komplizierte Symptomengruppen die gleiche psychologische Genese haben können und dabei trotzdem verschiedenen Krankheiten zugehören. Wenn wir bei bestimmten Erkrankungen zu einer Diagnose kommen, auf Grund des psychischen Zustandsbildes, so ist es nicht das einzelne Krankheitssymptom, welches die Erkennung der Krankheit ermöglicht, sondern es ist die bestimmte Gruppierung, welche uns auf empirischem Wege zum Ziele führt. Es gibt meines Erachtens Demenzsymptome, die bei bestimmten Krankheiten nicht vorkommen, es gibt aber keine Demenzsymptome, die einer bestimmten Krankheit wesensmäßig zugehören.

Ich glaube also, daß der Satz verallgemeinert werden kann, daß es schlechthin charakteristische psychologische Symptome nicht gibt. Die psychischen Mechanismen können durch verschiedene Erkrankungen in wesensgleicher Weise abgeändert werden.

Man würde jedoch den genannten Forschern nicht gerecht werden, wenn man nicht berücksichtigte, daß auch sie nicht rückhaltslos von pathognomonischen psychologischen Zeichen sprechen (vielleicht mit Ausnahme Ursteins). So betont insbesonders Bleuler die diagnostische Schwelle der psychologischen Symptome und betont auch, daß man bei der Dementia praecox nicht darauf rechnen könne, jederzeit ein bestimmtes Symptom anzutreffen.

Trotzdem erschien es mir notwendig, den prinzipiellen Gesichtspunkt schärfer hervorzuheben als das sonst geschieht und glaube mich hierin einig mit Kraepelin, der schreibt. „(Ich) komme mehr und mehr zu der Ansicht, daß man sich grundsätzlich hüten muß, einer einzelnen Krankheitserscheinung kennzeichnende Bedeutung zuzumessen. Nicht einmal soweit auseinanderweichende Zustände, wie die manische, die paralytische und die alkoholische Erregung, lassen sich auf Grund eines einzelnen psychischen Merkmals mit Sicherheit voneinander unterscheiden. Wir müssen uns ja wohl auch vorstellen, daß die Krankheitsursachen überall auf vorgebildete Einrichtungen in unserem Gehirn treffen, deren selbständiges krankhaftes Spiel dann im klinischen Bilde zum Ausdruck gelangt. Alle möglichen Reize werden somit durch ihr Angreifen am gleichen Punkte vielleicht ganz ähnliche psychische Krankheitserscheinungen hervorrufen können. Was aber durch verschiedenartige Krankheitsvorgänge schwerlich jemals in ganz gleicher Weise erzeugt wird, das ist, wie schon oben erwähnt, das klinische Gesamtbild, einschließlich der Entwickelung, des Verlaufs und Ausganges." Nur ist eben zu sagen: Auch das, was der letzte Satz dieses Passus besagt — wie ja das auch die Fassung Kraepelins andeutet — ist eine gut begründete Hypothese.

Zur pathologischen Physiologie der Depersonalisation.

In dem vorliegenden Abschnitte werden physiologische und pathologische Analogien zu dem Symptomenkomplex, der uns beschäftigt, beigebracht. Dieser Aufgabe wenden wir uns zu, nachdem wir eine möglichst exakte psychologische Analyse der Erscheinungen gegeben haben. Abschließende Resultate sind der

ganzen Sachlage nach nicht zu erwarten. Doch hoffe ich, daß die vorliegenden Ausführungen doch heuristisch von Wert sein könnten.

Ich beginne mit der Frage, inwieweit es möglich ist, durch periphere Eingriffe Erscheinungen hervorzurufen, welche zu dem Symptomenkomplex der Depersonalisation Beziehung haben. Ich gehe aus von einer jüngst erschienen Arbeit von Fabritius. Dieser hat bei Umschnürungsversuchen (er umschnürte Finger und Hand mit elastischen Binden $^3/_4$ Stunden lang an der Basis), Störungen erzielt, welche zu agnostischen Beziehungen haben. So wird ein Kamm zwar als rauh und uneben gefühlt, wird aber nicht erkannt. Bei einer Reihe von anderen Gegenständen das gleiche Resultat. Fabritius führt diese Erscheinungen darauf zurück, daß die feinen Details nicht empfunden werden konnten. Er resümiert dahin, daß durch die Umschnürung eines Fingers oder der Hand eine periphere Sensibilitätsstörung hervorgerufen werden kann, bei der das Erkennen von Gegenständen, sowie feiner Details an denselben, trotz vorhandenen Berührungs- und Lagesinns und Vorhandenseins von Temperatur und Schmerzempfindungen, aufgehoben ist. Fabritius hat bereits die Ähnlichkeit zur Seelenblindheit hervorgehoben. Für uns sind besonders eine Reihe von Angaben wesentlich, welche sich auf eigenartige qualitative Veränderungen des Empfindens beziehen. „Alles was man anfaßt, fühlt sich sonderbar filzig an." An einer anderen Stelle wird die Empfindung als sehr verschwommen bezeichnet. Eine andere Versuchsperson gibt von den Temperaturempfindungen an, sie seien rein unkörperlich. „Es ist so sonderbar, man fühlt die Kälte und die Wärme, aber es fehlt das Gefühl des Körperlichen." Ich lasse es völlig unentschieden, ob die Annahme von Fabritius zu Recht besteht, es lägen zwei verschiedene Arten von Sensibilität vor, von denen die eine dem Erfassen feinster Strukturen diente. Uns erscheint als das Wichtigste, daß dieses Nichterfassenkönnen des Gegenstandes den Versuchspersonen sonderbar ist und ihn gleichsam vom Objekt entfernt.

Ich habe aus diesem Grunde einige ähnliche Versuche mit kürzerer Umschnürungsdauer angestellt.

Die Angaben waren folgende. Beim Betasten von Gegenständen war es, wie wenn die Konturen nicht richtig wären. Es ist, wie wenn die Hand mit einem Wachstuch überzogen wäre. Sehr interessant war die Angabe bei einem Stichreiz, der mit einem solchen an der nicht abgeschnürten Hand verglichen werden sollte. Die Versuchsperson gab an, „es erschreckt auf der abgeschnürten Seite nicht so sehr." Bis zum Nichterkennen der Gegenstände wurde die Abschnürung nicht ausgedehnt. Ich selbst verspürte in der abgeschnürten Hand eine abnorme Leichtigkeit, so etwa, als wenn die Hand im Wasser läge und Auftrieb erfolgte. Der Schmerz war weniger substanziell als unter normalen Verhältnissen. Die Gegenstände waren eigenartig glatt.

Ich glaube nicht, daß die Ähnlichkeit dieser Erscheinungen mit den Angaben Depersonalisierter verkannt werden kann. Ich glaube auch, daß die Erklärung nicht allzu schwierig ist. In beiden Fällen ist das Wesentliche der Erscheinung die Unfähigkeit sich voll einzuleben.

Es war von Wichtigkeit sich umzusehen, ob auf anderen Sinnesgebieten ähnliches vorgefunden wird. Hier ist zu erwähnen, daß Siemerling experimentell einen Zustand hervorrufen konnte, welcher dem der Seelenblindheit ähnlich ist, lediglich durch Herabsetzung der Sehschärfe und durch Monochromansie.

Leider fehlen Angaben darüber, ob an den Gegenständen der Eindruck des Fremdartigen haftete. Man kann folgenden ganz einfachen Versuch machen. Man betrachtet eine wohlbekannte Gegend aus einem Dunkelzimmer heraus, das durch ein farbiges Glas von stark abdunkelnder Kraft abgeschlossen ist. Es erscheint dann die Gegend nicht bloß dunkler, unbestimmter und rotgefärbt, sondern es haftet dem Ganzen ein schwer zu beschreibender Ton von Fremdheit und Sonderbarkeit an. Es ist wie eine Gegend aus dem Märchen. Ich habe diesen einfachen Versuch auch von anderen machen lassen. Sie bestätigten meine Angaben.

Hierher gehören auch die Versuche, die Stratton angestellt hat. Stratton erreichte es durch vorgesetzte Glaslinsen, daß das Bild auf der Retina um 180° gedreht erschien. Ein Auge wurde ausgeschaltet, das andere mit dem Apparat versehene Auge wurde mehr als 20 Stunden auf die Wirkungen der Umkehrung für das Sehen geprüft. In der ersten Zeit des Sehens schienen alle diese Bilder, obwohl sie klar und bestimmt waren, nicht wirkliche Dinge zu sein, wie beim normalen Sehen, sondern sie schienen verschoben und als falsche oder illusorische Bilder zwischen dem Beobachter und den Objekten. Mit der Zeit wurden die gesehenen Bilder zu realen Dingen und die Versuchsperson fühlte endlich ihre Füße an den Fußboden stoßen. (Mit Recht nimmt Jaspers an, daß auch das verkehrt gesehene Leibhaftigkeitscharakter hatte.) Das, was uns an diesen Versuchen wichtig ist, ist wieder das, daß die Möglichkeit des Sich-Hineinversetzens in die Umwelt gestört war. Genommen wird hierdurch nicht der Charakter der Leibhaftigkeit, sondern es stellen sich nur eigenartige Töne der Fremdheit ein.

Auch auf das akustische Gebiet lassen sich diese Erwägungen ausdehnen. Ich selbst verfüge über eine Beobachtung, wo ich bei Verschluß der Tuben durch Schnupfen beim Sprechen meiner selbst und meiner Umgebung den Eindruck des Fremdartigen hatte.

Resümieren wir das Bisherige: Auf einer Reihe von Sinnesgebieten lassen sich durch periphere Eingriffe Erscheinungen hervorrufen, welche zu den Erscheinungen der Depersonalisation gewisse Beziehung haben. Sie sind — um uns vor Mißdeutungen zu schützen — nicht identisch. So versichert auch ein Patient von Dugas, die Störung während der Depersonalisation sei anders als die, welche er während eines Tubenkatarrhes empfunden hätte. Es sind Analogien insofern, als das volle Erleben auch hier gestört ist. Aber der prinzipielle Unterschied liegt darin, daß bei den peripheren Eingriffen das Rohmaterial der Sinnesempfindung angegriffen wird, bei der Depersonalisation nicht. Andererseits sind gleichsam die Störungen bei peripherer Läsion passagerer, die sekundäre Störung des Erfassens wird korrigiert. Nur am Anfang erscheinen in den Versuchen Strattons die Gegenstände wie nicht wirklich.

Von einer besonderen Wichtigkeit sind jedoch Reizerscheinungen und Empfindungsabänderungen am Vestibularapparat. Bonnier hat eine Reihe von einschlägigen Beobachtungen mitgeteilt. Bevor ich sie wiedergebe sei noch vermerkt, daß gerade hier Unterscheidungen getroffen werden müssen. Sicher werden vom Vestibularapparate aus eine Reihe wesentlicher Funktionen mit beeinflußt. Allers führt eine Fülle von Phänomenen auf labyrinthäre Störungen zurück. Wir sind nicht in der Lage zu trennen, inwieweit die von Bonnier beschriebenen Erscheinungen auf Beeinflussung (reflektorisch) anderer

Apparate zu beziehen sind, inwieweit der mächtige Eindruck der Schwindelempfindung auf psychologischem Wege das Hineinversetzen in die Umwelt hindert. Man darf erinnern, wie häufig Krishaber Schwindelerscheinungen bei seinen Fällen konstatierte. Auch Löwy (in „meteorische Unruhebilder") teilt Ähnliches mit.

Die Fälle Bonniers sind folgende:

Fall 1. Ein Kranker mit labyrinthärem Schwindel zeigt in den Zwischenzeiten Attacken, welche in einer Aufhebung jeder bewußten Lokalisation in den Sinnesgebieten bestanden. Ein Nebel legte sich vor seine Augen, er hatte Ohrgeräusche, bemerkte Berührungen ohne sie zu lokalisieren, er ging ohne zu schwanken, aber er fühlte nicht, daß er ging. Die Töne, die er ausgezeichnet hörte wurden nicht lokalisiert und nach außen verlegt. Der Patient sagte: In den kurzen Momenten der Krise fühle ich weiter, aber nichts ist irgendwo und ich selbst bin auch nirgends.

Da nicht von Schwindelgefühlen berichtet wird, kann hier nur an reflektorische Beeinflussungen gedacht werden.

Fall 2. Ein Kranker mit Menièreschem Schwindel hatte zeitweise leichten Schwindel mit völliger Aufhebung seines Persönlichkeitsbewußtseins. Er wußte ganz genau von dem Schwinden und das Wiederkommen seiner Persönlichkeit.

Fall 3. Eine Frau mit Menièreschem Schwindel, mit Konvulsionen und anscheinendem Bewußtseinsverlust. Gleichwohl kann sie nachher angeben, was sie erlebt hat.

Fall 4. Eine Patientin hat gleichzeitig mit einer Ohrerkrankung Schwindelanfälle, in denen ihre Persönlichkeit aufgehoben ist, in denen sie alles bemerkt, handelt und spricht, aber äußere und innere Wahrnehmungen nicht sich selbst zuteilt.

Fall 5. Eine Kranke mit labyrinthärem Schwindel hat den Eindruck, daß etwas, was sie nicht fühlt, sieht und hört, gegen sie los stürzt. Manche Kranke haben das Gefühl eines Abgrundes vor sich.

Fall 6. Ein Kranker hat gleichzeitig mit Schwindelanfällen den Eindruck, in mehrere Personen geteilt zu sein, in eine, die ihre Stellung nicht verändert hat und in eine zur rechten Seite, die ihn von außen betrachtet. Wenn die beiden Personen verschmelzen, schwindet der Schwindel.

Fall 8. Eine Hysterische mit alter Ohreiterung und vorübergehendem Schwindel gibt an, der Schwindel gebe ihr die Empfindung körperlich nicht zu existieren. Wenn sie sich diesem Gedanken hingebe, trete die Furcht auf, plötzlich zu sterben.

Fall 9. Ein anderer Kranker verliert bei den geringsten äußeren Anlässen das Bewußtsein seiner eigenen Existenz, er weiß nicht, wie er sich in dem Saale orientiert, wo er ist. Es überkommt ihn Angst ohne Schwindel und er verliert diesen Zustand nur, wenn er den Kopf schüttelt.

Sicher sind diese Beobachtungen, wie schon früher angedeutet, nicht einheitlicher Natur. Vor allem muß an die starke reflektorische Beeinflussung gedacht werden, die der Schwindel auf zahlreiche nervöse Apparate ausübt. Vielleicht kann man auch an vasomotorische Vorgänge denken. Es ergeben sich Übergänge zu den Fällen von Migräneattacken, die ich im folgenden noch mitteilen werde. Anderenteils muß berücksicht werden, daß die Unfähigkeit sich in den Raum einzuleben, psychologisch rückwirkt auf andere Funktionen. Es ist schwierig, sich von diesen komplizierten Zusammenhängen ein klares Bild zu machen und zu entscheiden, welcher Faktor in einem gegebenen Fall der entscheidende ist.

Im ganzen muß aber mit Entschiedenheit daran festgehalten werden, daß durch periphere Beeinflussung Zustände geschaffen werden können, die eine mehr als äußerliche Ähnlichkeit mit den Störungen der Depersonalisation besitzen.

Eine größere Ausbeute ist nach dem bisherigen Erwähnten zu erwarten bei mehr zentral sitzenden Störungen. Ich beginne zunächst mit einem Versuch

in der Seelenblindheit, verwandte Elemente aufzuzeigen. Nun muß unseres Erachtens geschieden werden zwischen Fällen von Seelenblindheit, von dem Typus den Lissauer beschreibt (hierher gehören auch die Fälle von F. Müller und Stauffenberg) und den Fällen von Seelenblindheit, wie sie Wilbrand im Auge hat. In dem von Lissauer beschriebenen Krankheitsfall dominiert die Unfähigkeit und zwar eine bestimmt charakterisierte Unfähigkeit, die Objekte zu erkennen. Lissauer konstatiert, daß eine wesentliche Einbuße des optischen Denkens nicht vorhanden ist. Angaben über Fremdheit der Objekte sind im Lissauerschen Falle nicht vorhanden. Auch Fälle dieser Art bieten viel des Interessanten, die Schwankungen des Zustandes, die Ratlosigkeit vor den Objekten. Wir werden diese Tatsachen beachten müssen, denn es führen Brücken von dem Falle Wilbrands, in dem zweifellos anfangs Verkennungen vorhanden waren, zu diesen Fällen.

Ein ganz anderes Interesse bieten die in folgendem mitzuteilenden Fälle. Auf eine Beobachtung Monakows, der von einem Landschaftsmaler berichtet, der durch Hirnerkrankung sein optisches Erinnerungsvermögen eingebüßt hatte, gehe ich nicht ein, weil die Angaben nicht hinreichend sind, um sich ein Bild von der Störung zu machen. Ich wende mich vielmehr den Fällen von Charcot und Wilbrand zu.

Die Beziehungen der Depersonalisation zur Seelenblindheit sind von den meisten Autoren vollständig übersehen worden. Nur Janet und Pick haben sie gestreift. Janet vermutet, der berühmte Fall von Charcot sei ein „scrupuleux" gewesen, begründet aber seine Anschauung nicht näher. Er dehnt sie auch nicht auf Fälle mit sicher organischem Befunde aus. Pick hat darauf verwiesen, daß die Sehstörungen der Depersonalisierten Wesensbeziehungen zu Herderkrankungen des Gehirns haben. Er hebt hervor, daß viele Patienten über Diplopie, Metamorphopsie, Mikropsie und Orientierungsstörungen klagen. Und Pick verweist noch besonders darauf, daß bei der sog. Seelenblindheit Sehstörungen eigentümlicher Art vorlägen, welche sich mit den bisherigen Methoden nicht meßbar darstellen ließen. Auch auf die Ergebnisse von Studien über Intoxikation wird verwiesen.

Niemand hat jedoch bisher betont, daß die Fälle von Wilbrand und Charcot in ganz wesentlichen Punkten Klagen äußern, welche denen der Depersonalisation entsprechen. Zunächst sei der Fall Charcots in den wesentlichen Punkten referiert.

Herr X., der ausgezeichnetes visuelles Gedächtnis besaß, während das Gedächtnis für Gehörseindrücke schlecht war, erlitt geschäftliche Aufregungen, verlor Appetit und Schlaf. Eines Tages trat vollständige Verwirrung ein und Herr X. befürchtete, weil ihm alles so neu und fremdartig in seiner Umgebung vorkam, den Beginn einer Geisteszerrüttung. Er war nervös und reizbar geworden. Trotzdem er alles deutlich sah, hatte er das optische Gedächtnis für Formen und Farben verloren. Er konnte jedoch seine Geschäfte leidlich führen, indem er sich seines Gedächtnisses in anderer Weise bediente. Jedesmal, wenn er nach Hause zurückkehrt, betrachtet er die Monumente, die Gebäude und Straßen mit demselben Erstaunen, als wenn er sie zum ersten Male sehe. Gleichwohl findet er sich in den Straßen zurecht. Er kann den Hauptplatz einer ihm bekannten Stadt nicht wieder zeichnen. Die Zeichnung eines Minarets ist primitiv. Er beschreibt eine Arkade recht genau, klagt aber, keine bildliche Vorstellung zu haben. Als er einen Baum schlecht gezeichnet hat, sagt er: „Ich weiß nicht, ich weiß gar nicht wie das zustande gekommen ist". Die Züge der Angehörigen erschienen ihm ungewohnt. Sein eigenes Bild im Spiegel war ihm derart fremd, daß er auf uns zutrat mit der Bitte ihm Platz zu machen. „Meine Frau hat schwarze Haare, ich bin

mir dessen ganz sicher bewußt, ich kann aber in meinem Gedächtnis diese Farben ebenso wenig wiederfinden, wie ich mir eine Vorstellung von ihrer Person machen kann." Auch längst Vergangenes kann er sich nicht vorstellen. Seit dieser Zeit versucht X. sich durch akustische Vorstellungen und Bewegungsvorstellungen zu behelfen. Er gibt an, allmählich die Empfindung des inneren Hörens gewonnen zu haben. Er träumt nicht mehr bildlich. Die griechischen Buchstaben erkannte er nicht mehr in der gleichen Weise wie früher. Die objektive Untersuchung ergab eine Myopie von sieben Dioptrien und eine leichte Abschwächung der Farbenempfindung, welche sich gleichmäßig auf alle Farben erstreckte. Besonders wichtig sind aber die eigenen Aufzeichnungen des Kranken. Er betont, daß seine Eindrücke eine völlige Veränderung erfahren haben, trotzdem er im Besitz seines abstrakten Denkvermögens sei. Er staune täglich über die Dinge, die ihm bekannt sein müßten. „In dem Umstande nun, daß meine Empfindeungen, oder vielmehr meine Eindrücke etwas Undefinierbares, Fremdes an sich haben, scheint mir der Grund für die vollständige Umwandlung zu liegen, die sich mit meiner Existenz vollzogen hat; und selbstverständlich hat sich auch mein Wesen in merklicher Weise verändert. Früher war ich empfändlich für Eindrücke, leicht enthusiasmiert, und ich besaß eine reiche Phantasie; — jetzt bin ich still, kalt und meine Phantasie kann meine Gedanken nicht mehr weiter tragen." „Ich bin viel weniger zugänglich für einen Ärger oder einen Seelenschmerz. Ich habe Ihnen mitgeteilt, daß ich neulich meine Mutter verloren habe, an der ich mit inniger Liebe hing. Ich habe einen viel geringeren Schmerz dabei empfunden, als wenn ich noch das Vermögen besessen hätte, im Geiste die Physiognomie meiner Mutter, die Phasen der Krankheit, welche sie durchgemacht hat, zu sehen, und vor allem, wenn ich mir im Geiste bildlich hätte den äußeren Effekt vorstellen können, welchen dieser frühzeitige Tod bei den Gliedern meiner Familie hervorgerufen hat" [1]).

Das, was in diesem Falle für Depersonalisation spricht, ist, daß neben den Störungen im optischen Gebiet auch solche im Gemütsleben vorhanden sind. Beide Elemente der Depersonalisation, Fremdheit der Außenwelt und Fremdheit des Ich, sind nachweisbar. Der Kranke spricht von einer vollständigen Umwandlung seiner Existenz. Er bezeichnet sich als still und kalt. Auffallend ist, daß über Störungen auf anderen Sinnesgebieten nichts berichtet ist, daß solche übersehen wurden, erscheint deswegen als unwahrscheinlich, weil auch die ebengenannten Allgemeinstörungen nicht als selbständig anerkannt wurden. Trotzdem sind sie der Aufmerksamkeit des Patienten und des Untersuchers nicht entgangen. Daß der Erkrankung Aufregung und Sorge vorhergingen sei noch vermerkt.

Haben wir es nun hier mit einer Allgemeinerkrankung zu tun oder mit einer lokalisierbaren Störung? Bevor wir auf diese Frage eingehen, referieren wir noch kurz den Fall Wilbrands und heben dabei wieder jene Störungen besonders hervor, welche zur Depersonalisation Beziehung haben.

Fräulein G., eine 63jährige, hat stets ein gutes Sehvermögen besessen. Am 8. März 1881 brach die Patientin plötzlich bewußtlos zusammen. Sie lag mehrere Wochen zu Bett, erkannte den Arzt nicht, wurde für blind gehalten, aber sie gibt präzise an, schon damals gesehen zu haben. Beim Verlassen des Bettes kam ein eigentümlicher Zustand von Nichtsehen und doch wieder Sehen können, den sie als Traumzustand bezeichnet. Sie sah nur geradeaus und nach oben, nach links und nach links unten wurde nichts wahrgenommen. Den Hund hielt sie in den ersten Wochen ihrer Rekonvaleszenz für den Arzt und das Dienstmädchen bezeichnete sie als den gedeckten Tisch. Das Ortsgedächtnis für Straßen und Plätze, ja für die eigene Wohnung ist defekt. Bei ihrem ersten Ausgang nach dem Anfall war das Aussehen der Stadt verändert und völlig fremd. „Wenn sie es sagen, daß dies der Jungfernstieg, jenes der neue Wall und hier das Stadthaus ist, dann wird es auch so sein, ich kann es aber nicht wieder erkennen." Doch sind die Angaben über jene Zeit mangelhaft. Die auffallende fremdartige Veränderung optischer Eindrücke versetzte die Patientin in

[1]) Unter Benützung der Übersetzung von Wilbrand.

Unruhe. Sie wußte sich am eigenen Orte und doch war ihr derselbe völlig fremd. Sie verließ nie ohne Begleitung ihre Wohnung. Vier Jahre nach dem Anfall 1885 konnte folgender Befund erhoben werden: Sie ist intelligent, gab an, früher eine lebhafte optische Phantasie besessen zu haben. Sie träumt fast gar nicht mehr bildlich. Die objektive Untersuchung der Augen ergab normale Sehschärfe und normalen Farbensinn. Es bestand eine inkomplete homonyme Hemianopsie sowie ein hemianopischer Defekt im unteren Oktanten beider rechten Gesichtshälften. Innerhalb der linken Gesichtshälfte eine Zone, in welcher noch Helligkeit erkannt wurde. Im übrigen keine Störungen der Sehschärfe, Pupillen und Augenbewegungen normal. Sie schreibt fehlerlos, läßt jedoch in Briefen häufig einige Worte aus oder schreibt sie auch doppelt, Verständnis für Gebärden ist vorhanden. Sie klagt über Mangelhaftigkeit ihres bildlichen Vorstellens. Die Eindrücke stünden ihr lebendig, aber nicht bildlich vor der Seele. Bei geschlossenen Augen könne sie sich die Stadt Hamburg vergegenwärtigen. Alles, was sie sieht, hat einen fremden eigenartigen Charakter. Selbst die einzelnen Möbel im Zimmer kommen ihr anders vor. Gleichwohl sieht sie alles vollkommen deutlich. Auch das eigene Zimmer erscheint fremd und eigenartig. Auch im Spiegel sehe sie sich ganz fremd wieder. Sie sehe sich gar nicht ähnlich. Sie befürchtet Geisteskrankheit. Die Physiognomien von Personen hinterlassen keinen bildlichen Eindruck. Sie könne sich jedoch den Klang der Stimme ihrer Besucher vergegenwärtigen. In der ersten Zeit habe sie niemanden beim Eintritt ins Zimmer erkannt, wenn er nicht gesprochen hätte. „Mein Gehör ist geradezu auffallend besser geworden." Das Zeitmaß sei ihr stets im Unklaren. „Ich kann mit der Zeit nicht fertig werden, alles zieht sich in die Unendlichkeit hinein. Ein in die Hand gegebener Bleistift erweckt sofort die entsprechende bildliche Vorstellung. Der Anblick der Gegenstände auf dem Tische macht sie verwirrt. Auch der Anblick vieler Menschen macht ihr Angst. Beim Treppabwärtssteigen verwirrten sie die vielen Treppenstufen. Es treten auch Zustände von „verkehrtem Denken" auf. Es beherrscht sie dann die Vorstellung, es sei an Stelle der Schlafstube die Straße und ihre Kommode stände auf dieser. Bisweilen staunte sie fremde Gegenstände auf der Straße an, z. B. einen Fleischerwagen. Beim Suchen nach Gegenständen versagt sie oft. Sie ist reizbar und nervös geworden, es treten explosionsartige Empfindungen im Kopfe auf mit plötzlichen Lichtempfindungen. Allmählich trat noch ein Rückgang im Gesichtsfelddefekt auf. Im April 1885 hört das verkehrte Denken auf, die Gegenstände verlieren allmählich den fremdartigen Charakter. Aber auch jetzt denkt sie noch beim Betrachten eines beliebigen Gegenstandes, „mein Gott, was mag denn dies für ein Ding sein". Sie findet jetzt ihren Weg, kann auch beschreiben, wie sie gehen soll, gibt jedoch an, sie müsse alle drei Schritte fragen. Ein Gebäude, das sie früher gesehen hatte, kommt ihr jetzt kleiner vor. Auf dem linken Ohre hat sie ein Brausen. Die Empfindung des Blasenplatzes im Kopf ist jetzt viel weniger auffällig. Im September 1885 gibt sie an, nur ein mechanisches Leben zu führen. „Will ich z. B. mich abends zu Bette begeben, dann denke ich, du mußt dir noch dies und jenes zurecht legen und manches in Ordnung bringen. Komme ich dann in mein Schlafzimmer, so bemerke ich mit Erstaunen, daß ich schon alles selbst besorgt hatte. Alles liegt in bester Ordnung auf seinem Platze, es wurde aber mechanisch von mir vollführt und ich wußte nicht, daß diese Arbeit schon getan war." Sie kann jetzt auch Gegenstände und Situationen aus Gedichten gegenständlich vorstellen. Zeitweise traten auch Schwindelanfälle ein. In diesem Falle steht uns auch ein Obduktionsbefund zur Verfügung. Es fand sich rechts der Lobus fussiformis tief eingesunken, der Herd erstreckte sich bis zum rechten Hinterhauptslappen. Der Cuneus in seiner Hinterfläche stark reduziert und weich. In der linken Hemisphäre, in der Markstrahlung der zweiten Okzipitalwindung, in der Tiefe der die zweite von der ersten Okzipitalwindung trennenden Furche, eine kleine Höhle, an die sich frontalwärts eine erweichte Zone anschließt. Diese geht weiter nach vorn allmählich in einen frischen Erweichungsherd über, der die zentrale Markmasse der Hemisphäre vollständig zerstört hat.

Wie ist nun dieser Fall zu deuten. Ich führe zunächst jene Erscheinungen an, welche kaum auf die Seelenblindheit als solche bezogen werden können. Das sind die Klagen über Automatismus (welche allerdings erst im späteren Verlauf der Erkrankung geäußert werden) und die Klagen über das verkehrte Denken. Das verkehrte Denken werden wir in präziserer Fassungsweise als Zwangsdenken resp. als Zwangsvorstellung bezeichnen können. Es findet sich schon in der ersten Beobachtungszeit. Schließlich sind zu erwähnen die Klagen

über das Platzen der Blasen im Kopfe, über das Ohrensausen und über die Störung des Zeitsinnes. Schließlich gibt die Patientin an, deutlicher zu hören. Von diesen Klagen ist die über Automatismus uns vollkommen geläufig, sie ist eine der Hauptklagen der Kranken in der Depersonalisation. Das Zwangsdenken könnte auf die Unvollständigkeit des optischen Erkennens bezogen werden. In der Tat hat Förster, welcher an diese Erscheinungen erinnert, eine ähnliche Deutung vorgeschlagen. Die Angabe feiner zu hören, könnte man gleichfalls auf die geringere Wertigkeit des Optischen im Seelenleben beziehen als eine Art Kontrastwirkung. Das Ohrensausen kann jedoch nicht in irgend einer Weise auf den Defekt des Sehens bezogen werden. Erinnern wir uns, wie häufig Krishaber über derartige Störungen bei seinen Patienten berichtet hat.

Wir wollen nun die optischen Störungen, welche die Patientin bot, vergleichen mit denen der Patienten unserer Beobachtung. Es müssen zunächst für die Wertung jene Störungen ausgeschlossen werden, welche auf dem Gesichtsfelddefekt zu beziehen sind. Hierher gehört zunächst das Nichtfindenkönnen bei der Patientin (auch Wilbrand gibt diese Erklärung), vielleicht ist auch ein gewisser Teil der Orientierungsstörungen auf diesen Faktor zurückzuführen. Eine selbständigere Bedeutung haben die Angaben über die Fremdartigkeit, die die Umgebung auf sie macht. Hier aber entsprechen die Angaben der Patientin fast wörtlich denen unserer Kranken. Man sehe daraufhin die beigefügte Kasuistik durch. Auch die Angaben über Angst und Verwirrtheit, durch den ungewohnten Eindruck der Gegenstände, sind uns nichts Fremdes. Krishaber hat bei einem seiner Patienten Ähnliches gesehen. Die Orientierungsstörungen der Kranken sind schwerer als sonst bei Depersonalisierten. Es ist zu erwägen, ob nicht der Gesichtsfelddefekt den Unterschied hervorbringt. Zieht man diesen in Betracht, so wird man nicht zögern, beide Erscheinungen miteinander in Parallele zu setzen, ja sie als identisch zu bezeichnen. Besonders muß uns noch die Frage beschäftigen, ob die Patientin Gegenstände wirklich verkannte. Die ersten dieser Angaben stammen aus der Erinnerung der Kranken. Bedenkt man, daß z. B. die Kranken Janets angaben, sie erkannten überhaupt nichts, so wird man die Behauptung der Patienten nicht ohne weiteres als beweisend ansehen. Allerdings ist die Verwechslung mit anderen Gegenständen auffällig. Wenn die Patientin sagt, sie hätte einen Fleischerwagen angestaunt, so erkennt man schon aus der Schilderung, daß der Fleischerwagen erkannt wurde. Sie verwechselt jedoch auch ihr Dienstmädchen mit einem gedeckten Tisch. Es ist das eine willkommene Bestätigung der organischen Art der Störung, denn das entspricht den Verkennungen in den Fällen von Lissauer, Stauffenberg etc. Im wesentlichen muß gesagt werden, daß die Sehstörungen der Patientin in fast allen Punkten denen der Depersonalisierten entsprechen. Besonders verweise ich noch darauf, daß auch ihr das eigene Spiegelbild zu einer Zeit fremd erscheint, wo sie an anderen keine wesentliche Veränderung bemerkt. Wenn schließlich die Patientin, auch in den späteren Lebensjahren, den Hausbewohnern klagt, sie sehe nichts und doch wieder alles, so rufen wir die Äußerung des Kranken Hirts ins Bewußtsein: „Wiewohl ich sehe, ist es mir, als ob ich blind wäre."

Die Ähnlichkeit des Charcotschen und des Wilbrandschen Falles mit den Fällen der Depersonalisation ist eine derartig große, daß ich mir die Frage vorgelegt habe, ob es überhaupt berechtigt ist, die beiden Beobachtungen als

organische Herderkrankungen zu deuten. In dem Wilbrandschen Falle ist die Hirnerkrankung durch den klinischen und autoptischen Befund sichergestellt. Nichtsdestoweniger erhebt sich die Frage, ob diejenigen Störungen des Sehens, welche nicht durch den Gesichtsfelddefekt erklärt werden, nicht Störungen sind, welche auf einen rein psychischen Mechanismus zu beziehen sind. Man könnte sich das etwa in der Art denken, daß das Individuum, im Sehen gestört, schließlich nicht mehr voll in sein Sehen eingeht. In der Tat glaube ich, daß dieser psychische Mechanismus vorhanden ist, aber es liegt kein Grund vor, anzunehmen, daß diese psychische Veränderung nicht hirnanatomisch begreifbar ist. Im Gegenteil, ich komme zum Teil auf Grund der vorhin angestellten Erwägungen zu dem Resultate, daß die Unmöglichkeit, Gesehenes zu erfassen, durch Hirnläsion zustande kommen kann.

Hier ist folgendes einzufügen: Wir haben als deskriptiv wesentlich für das Erleben der Depersonalisierten hervorgehoben, daß es nicht nur unvollständig, sondern auch widersprochen ist. Wie kann man denn die Widersprochenheit des Erlebens anatomisch deuten wollen, wird man fragen. Hier liegt eben eine Forderung der Empfindung vor, zum vollen Erlebnis zu werden, welcher nicht Genüge geleistet wird. Die Unvollständigkeit ist keine Unvollständigkeit schlechthin, sondern eine solche, welche, eine Forderung zur Vervollständigung in sich schließt. Man beachte doch, wie die Patienten von dem Typ Lissauers sich benehmen, wenn sie Optisches erfassen sollen. Bei Stauffenberg findet sich eine gute einschlägige Abbildung. Pick hat schon hervorgehoben, daß derartige Kranke im Gegensatz zum kortikal Blinden, ihre Krankheitserscheinungen übertreiben.

Es fragt sich, welche Tragweite man diesem Resultat zuschreiben soll. Das Nächstliegende ist folgendes: Es ist gar nicht aufgedeckt worden, eine Beziehung zwischen Psychischem und seinem Hirnkorrelat. Ebenso wie ich durch Vorsetzen eines roten Glases vor das Auge mir die Umwelt entfremden kann, ebenso ist dem Seelenblinden die Umwelt entfremdet, dadurch, daß die Wahrnehmung eine parästhesiche ist. Aber es ist diese Parästhesie durch nichts erwiesen. Im Gegenteil, die Untersuchungen berichten davon, daß eine gröbere Störung im Empfindungsrohmaterial nicht vorlag. Jedenfalls drängen die Tatsachen zu dem Schlusse, daß es Abänderungen des Empfindungsrohmaterials bei zentraler Läsion gibt, welche sich nur darin äußern, daß das Eingehen des Individuums ein unvollständiges und widersprochenes wird. Es sind eben diese Störungen nicht mehr vage Analogien zur Depersonalisation, wie die Störungen nach Eingriffen an der Peripherie, sondern sie entsprechen genau den Erscheinungen, die uns beschäftigen.

Es ist aber auch für diese Auffassung nicht ohne weiteres begreiflich, daß diese Funktion des vollen Erfassens (die fonction du réel) allgemeinere Störungen erfahren hat. Die Kranke Wilbrands geht auch in ihren Handlungen nicht voll auf. Der Kranke Charcots kann sich ebensowenig in seine Gefühle, wie in seine Gesichtsvorstellungen einleben.

Es ist also wünschenswert, noch nach anderen Bestätigungen unserer Auffassung zu suchen und hier greifen wichtige Beobachtungen Schusters ergänzend ein. Schuster hat bei einem Alektischen, der, wie das bei diesen Kranken häufig ist, vereinzelte Symptome der Seelenblindheit zeigte, nachweisen können, daß er nicht zu einem vollen Eindruck des süßen Geschmacks kam,

wiewohl die objektive Untersuchung keinen entsprechenden Defekt erkennen ließ. Der Kranke konnte gar nicht genug Zucker in seinen Kaffee tun, Oesterreich hat bereits in einem ähnlichen Zusammenhange auf diese Beobachtungen verwiesen. Die Tatsache ist um so wichtiger, da nur dieses Sinnesgebiet neben dem Optischen noch beteiligt ist. Mir scheint, jeder Versuch einer Deutung der Erscheinung als psychogener Zutat unmöglich. Auch Schuster sucht nach einer hirnanatomischen Erklärung der Erscheinung. Er führt übrigens noch eine Reihe von Fällen von Alexie an mit Geruchs- und Geschmacksstörungen. Doch sind diese Fälle für unsere Fragen nicht genügend eingehend untersucht. (Berkhan, Thomsen, Müller). Es sei noch besonders darauf verwiesen, daß im Falle Schusters die Erkennung zweidimensionaler Gebilde gestört war. Die Sehstörung würde sich also mehr dem Typus Lissauers nähern. Vielleicht verweist das doch auf eine enge Verwandtschaft beider Typen (die übrigens auch Stauffenberg annimmt). Wir vermerken übrigens noch, daß der Kranke manchmal darüber jammert, daß er nicht gut sehe und alles in einem Dunst sei.

Verweisen wir schließlich nochmals auf jene Fälle von Hirnschädigung, welche den Symptomenkomplex der Depersonalisation mehr oder minder vollständig aufweisen: Es sind das Epilepsie und die Migräne-Attacken. Nach allem muß es als gesichert gelten, daß eine hirnphysiologische Betrachtungsweise hier anwendbar ist, ja wir können sogar eine topische Deutung nicht als unmöglich ansehen.

Der neueste Bearbeiter der Seelenblindheit, Stauffenberg, hält zwar diese nicht für eine schlechthin lokalisierbare Störung, sondern zieht die Diaschisis im Sinne Monakows zur Erklärung mit heran. Es handle sich stets um ein Syndrom, niemals um einen isolierten Ausfall. Die starke Beteiligung höherer psychischer Elemente bei dem Akte des Erkennens machte es unwahrscheinlich, daß man es mit einem sog. Herdsymptom zu tun habe. „Die Seelenblindheit stellt sich dar als eine asemische Störung höherer Art, deren Zustandekommen ein Herd höchstens auslösen kann, wenn jene mannigfachen komplizierten Momente gegeben sind, die wir nur andeuten konnten, deren feineres Wesen uns aber noch völlig unbekannt ist."

Ich kann mich diesen Ausführungen in weitgehendstem Maße anschließen. Nur bestreite ich, daß bei den Aphasien andere Verhältnisse vorliegen, man vergleiche doch die ausgezeichneten Ausführungen, die Bergson in „Materie und Gedächtnis" gegeben hat. Schon der Schluß Stauffenbergs, daß neben der groben örtlichen Läsion Momente allgemeiner Natur vorhanden sein müssen, kann nur dann als berechtigt angesehen werden, wenn man sich vergegenwärtigt, daß diese Momente allgemeiner Natur bei jeder Erkrankung der Kortex eine wesentliche Rolle spielen, wenn man von den elementaren Störungen der motorischen Region und der Sinnesflächen absieht.

Stauffenberg macht übrigens keinen prinzipiellen Unterschied zwischen der sog. apperzeptiven und der sog. assoziativen Form der Seelenblindheit. Ich kann hier die Berechtigung dieses Standpunktes nicht diskutieren. Unsere Ausführungen zielen zunächst nur auf die Charcot-Wilbrandsche Form hin. Betreffs der anderen können wir mangels eigenen Materials nichts Entscheidendes beibringen. Ich glaube auch konstatieren zu können, daß bezüglich unserer begrenzten Gruppe fast auf alle jene Fragen Antwort gegeben werden konnte, die Külpe in seinem Referate über Psychologie und Medizin aufgeworfen hat.

Vielleicht wird sich auch hier das Studium funktioneller Erkrankungen (im weitesten Sinne) ebenso bewähren, wie für die Sprachstörungen (Pick, Kleist).

Man verkenne die Absicht dieser Erwägungen nicht. Sie stellen den Versuch dar, von einem eng umgrenzten Gebiete aus die Möglichkeit zu erweisen, daß kompliziert Psychisches elektiv durch Hirnläsion gestört werden kann. Als Endziel schwebt vor, eine Lokalisation neurasthenischer und hysterischer Beschwerden. Freilich wird nicht etwa versucht, Vorstellungen oder bestimmte Fähigkeiten in bestimmte Hirnteile hineinzudenken, sondern mich leitet der Gedanke zerebraler Mechanismen, welche von bestimmten Punkten aus gestört werden können. Und diese Mechanismen denke ich parallellaufend mit psychischen Mechanismen. Ob es sich um die letzten psychischen Parallel-Vorgänge handelt, kommt hier gar nicht in Frage, wie denn überhaupt das Parallelismusprinzip hier nur heuristisch verwertet wird. Unsere Vorstellungsweise hat nichts zu tun mit einer Leib-Seelentheorie des Parallelismus[1]).

Das wichtige Problem, das uns hier beschäftigt, ist folgendes: Können psychische Krankheitserscheinungen, welche uns verständlich sind, hirnmechanisch gedeutet werden? Kann z. B. eine hysterische Lähmung hirnmechanisch erfaßt werden, wenn ich weiß, daß sie durch den Wunsch zustande gekommen ist, die Hand nicht zu bewegen.

Hier hat man sich die Unterschiede psychologischer und somatischer Kausation scharf vor Augen zu stellen. In unserem eigenen Materiale erkannten wir als das Charakteristische des Depersonalisations-Erlebnisses die Widersprochenheit und fanden es sogar berechtigt, an Komplexwirkungen zu denken. Für enge Gebiete der gleichen Störung forderten wir Hirnläsion, welche das „Vollesichhineinversetzen" in einen gegebenen Inhalt stört. Wir sind der Ansicht, daß sich beide Betrachtungsweisen ergänzen. Sollte sich nicht für das Gebiet der Hysterie Ähnliches vermuten lassen? Das Buch di Gasperos, welches auf eine Reihe wesentlicher, nicht direkt gewollter Phänomene bei der hysterischen Lähmung hinweist, stellt einen verheißungsvollen Anfang dar.

Von den Vermutungen, welche noch nicht einmal zu Hypothesen ausgebaut werden konnten, wenden wir uns wieder den Tatsachen zu.

Es fragt sich, sind auch auf anderen Sinnesgebieten ähnliche Erscheinungen bekannt. Das muß nun im wesentlichen verneint werden. Es gibt weder auf dem Gebiete des Tastens, noch auf dem des Hören und Riechens entsprechende Tatsachen. So interessant und wichtig die Befunde Antons über Nichtbeachtung einer Körperhälfte sind, sie können deswegen nicht zum Vergleiche herangezogen werden, weil die entsprechenden Fälle beträchliche Störungen der Sensibilität aufweisen. (Ähnliche Beobachtungen teilt Zingerle mit.) Allerdings kann die Empfindungsstörung, die in dem Falle Zingerles sicher keine vollständige war, allein die Störung nicht erklären, denn die Patienten haben auch die Erinnerung und das Wissen an die betreffende Körperseite eingebüßt. Gleichwohl ist eine Analogisierung mit den Störungen der Depersonalisation nicht möglich. Der Depersonalisierte beachtet seine Störung.

Die Patienten von Rosenberg, bei welchen eine bestimmte Leistung, die Orientierung von rechts und links verloren gegangen ist, zeigen negativistische

[1]) Wer sich hierfür interessiert, sei auf das Buch Bechers verwiesen, vor allem aber auf die Ausführungen Bergsons.

Züge, sie sagen, z. B. nach der linken Hand befragt: „Ich habe keine linke Hand". Aber auch diese Analogie ist eine oberflächliche und führt sachlich nicht weiter.

Es ergibt sich also die Forderung, nach einschlägigen Störungen systematisch zu suchen[1]).

Es erübrigt nach Störungen des Handelns zu suchen, welche man unserer Gruppe zuordnen könnte. Es liegt ein sehr interessanter Fall von Goldstein vor, welcher eine Apraktische betrifft (schon Pick hat in diesem Zusammenhang auf ihn verwiesen). An dem betroffenen Arme bestehen Tastlähmung und apraktische Störungen. Sie empfindet den Arm als von ihrer Willenskraft getrennt: „Das sind ja zweierlei Menschen, der Arm und Ich". Goldstein gibt an, es hätte jedes Willensgefühl für die mit der linken Hand ausgeführten Bewegungen gefehlt. „Es war immer von neuem überraschend, wenn die Patientin auch bei denjenigen Bewegungen, die sie auf Geheiß leidlich richtig machte, erklärte, daß nicht sie sie mache, sondern die Hand, daß es nicht ihr Wille sei, der die Bewegungen leite." Diese Beobachtung ist deswegen schwierig zu deuten, weil eine Reihe von Störungen vorliegt.

Die Patientin bezeichnet bereits ihren Arm als nicht zu ihr gehörig. Immerhin könnte daran gedacht werden, daß es sich nicht um eine Tastlähmung, sondern um eine Depersonalisation des Tastens handle. Doch ist diese Vermutung deswegen nicht ohne weiteres aufrecht zu halten, weil schwere objektive Ausfälle der Sensibilität bestehen.

Es fragt sich also, was vorliegt, wenn die Patientin eine intendierte Bewegung wirklich ausführte. Ein Wollen muß jedenfalls vorausgehen, denn sonst würde ja der Arm ruhig bleiben.

Es sind nun folgende Möglichkeiten vorhanden:

Die Patientin wollte und vollzog diesen Akt in unechter Weise. Deshalb bezeichnet sie sich als willenlos in bezug auf den Arm. Oder: sie erkennt auch den richtig vollzogenen Akt nicht an, weil sie Teilakte nicht mehr im Willensfelde hat, weil die Richtigkeit der Ausführung dem Zufall überlassen blieb. Schließlich könnte sie ihn verleugnen, weil er ihr nicht die entsprechenden Empfindungen vermittelte. Eine sichere Entscheidung zwischen diesen Möglichkeiten kann nicht getroffen werden, doch halte ich die erstere für die unwahrscheinlichste und damit ist eine Verwertbarkeit des Falles für die Theorie der Depersonalisation in Frage gestellt.

Das ist alles, was ich an Material betreffs der hirnphysiologischen Deutung der Depersonalisation zusammentragen konnte. Vielleicht wird ein gründlicheres Literaturstudium noch einiges ergeben, was hierher gehört. Eine Reihe von Fragestellungen für künftige Untersuchungen hat sich ergeben. Die sicheren Resultate sind gering. Es ist das Ziel dieser Ausführungen auf einen Weg zu verweisen, der vielleicht doch einmal zu reicheren Resultaten führen könnte.

---

[1]) Die Erscheinungen der funktionellen Dyschirie, Achirie und Allochirie (Jones) sind den Erscheinungen der Depersonalisation in jeder Hinsicht sehr nahe verwandt.

II. Kapitel.

Über Einzelsymptome der Depersonalisation und über der Depersonalisation verwandte Zustände.

Über Coenästhesiopathie.

Fall 10. Max R., Schlosser. 20 Jahre alt. Der Patient kommt mit der Angabe, er spüre seit 4 Jahren ein eigenartiges Gefühl am Kopfe. Seine Angaben, die er in durchaus geordneter Weise vorbringt und die, soweit sie Tatsächliches betreffen, von der Mutter des Patienten bestätigt werden, seien wiedergegeben. Die Eltern leben und sind gesund. Er ist das einzige Kind. Vor 4 Jahren war die Mutter angeblich nervenschwach. In den Seitenlinien keine Geisteskrankheiten. Der Großvater soll einige Zeit in einer Anstalt gewesen sein. Er hat als Kind Scharlach durchgemacht. („Mein Gedächtnis ist gut, ich erinnere mich an alles".) Er hatte dann häufig Bindehautentzündung und Drüsenbildung. Er hat sehr gut in der Schule gelernt, war immer einer der ersten. Er hat die Bürgerschule absolviert. (Die Mutter bestätigt seine Schulerfolge, er scheint sich gekränkt zu haben, daß er keine höhere Schule besuchen durfte.) Er kam dann in die Lehre, fühlte sich jedoch in derselben nicht wohl. Der Lehrherr war nicht gut gegen ihn. Vor 4 Jahren (1909) begann im Winter das jetzige Leiden. Er hatte damals eine Ohrenerkrankung und es wurde ihm eine Reihe von Zähnen plombiert. („Vielleicht war es zu viel und ich hätte sie reißen lassen sollen"). Von diesem Zeitpunkt an ging es los. Er lernte bei einem rohen Menschen und stand unter einem gewissen seelischen Druck. „Ich hatte aber volle Lebensfreude in mir. Es fingen Nervenbeschwerden im Kopf an. Es arbeitete und das Wohlbefinden wurde weniger." Er hatte keine Schmerzen. Es nahm zu. „Am Scheitel spürte ich etwas . . . . . es wirtschaftete, von da ab konnte ich nicht mehr arbeiten und denken." (Zeigt mit dem Finger nach einer Stelle am Scheitel.) Es besserte sich jedoch allmählich. Seit September 1911 arbeitete es ununterbrochem im Kopfe. Er wußte nicht recht was er mache, die Stelle war auch immer heiß. Er dachte, es wäre etwas darin. Diese Beschwerden wechselten etwas. Seit November kann ich nicht mehr denken. „Das ist ein Gefühl, als hätte ich einen Herd." „Gedächtnis habe ich, der natürliche Zustand fehlt . . . . daß ich normal denken kann . . . . ich muß das hier oben erst wegdenken, das ist aber doch eine schreckliche Qual. Richtig denken kann ich nicht."

(Können Sie fühlen?)

„Denken kann ich immer noch einigermaßen richtig, aber das Gefühl ist falsch."

(Inwiefern?)

„Normalerweise hat man Lebenslust, aber das ist weg, weil es im Hinterkopf entstanden . . . . ich dachte in meinem Kopfe geht etwas vor."

(Können Sie sich freuen?)

„Nein, das kann ich nicht."

(Lachen?)

„Das . . . . . ."

(Ich werde Ihnen die Geschichte von der Strubelpepi erzählen.

Lacht lebhaft. „Es geht doch das Lachen."

(Willen?)

„Ei gewiß, soweit es in diesem Zustand möglich ist."

(Sind Sie sehr verändert?)

„Das eben, mein Ich ist richtig verändert. Der richtige Begriff vom Ich, der fehlt mir." „Wenn jemand sagt ich, so habe ich kein richtiges Gefühl und auch wenn ich jemand anders sehe . . . . ."

(Sind Sie persönlich verändert?)

„Vollständig, vorher war bloß das Gefühl verändert, jetzt ist auch der Begriff verändert."

(Ist die Umgebung verändert?)

„Nein."

(Ist sie genau so wie früher?)

„Nein, wie soll ich die wahrnehmen, wenn das ganz anders geworden ist."

(Tinte und Feder hier, sehen sie das so wie früher?)

„Der Eindruck bleibt der gleiche, aber wie ich so auffasse . . . . ."

Wenn der Zustand sehr arbeite, sei er zerstreut, aber wenn er spazieren gehe, wisse er immer, wo er sei. In der letzten Zeit habe er sich allerdings bisweilen 5 bis 6 mal angezogen. Was ihm bekannt gewesen sei, habe er behalten. Er negiert sowohl abnorme Bekanntheits- als Fremdheitsgefühle.

„Wenn ich etwas denke, so denke ich, die Qual im Kopfe muß weg, dabei muß bloß der Zustand weg, davon kommt das."

(Haben Sie Ihre Eltern noch so gern wie früher?)

„Ja, Herr Doktor, gern habe ich gar nichts . . . . so lang ich nicht gesund bin, hat die ganze Sache keinen Wert." Sein Bild im Spiegel hat er nicht verändert befunden. Seinen Körper fühlt er unverändert, neigt nur zu Herzklopfen. Sein Appetit sei gut, er könne leidlich schlafen. Auch das Wasserlassen und der Stuhlgang seien vollkommen normal. Über sexuelle Überreizbarkeit hat er nicht zu klagen.

Währen er anfangs etwas apathisch und zurückhaltend ist, wird er, während er sein Leiden schildert, allmählich lebhafter. Er ist fest davon überzeugt, daß alles von der Stelle am Kopf ausgeht. „Ich kann scharf denken, wenn der Zustand aufhört." Er gibt an in letzter Zeit dauernd das Gefühl zu haben. Es bestünden nur geringe Schwankungen. Drängt außerordentlich auf Operation.

6. Juli. Weint, „wenn das heraus ist und es wird wieder schön, dann bin ich der vergnügteste Mensch." Er würde mit anderen mitfühlen, wenn es der Zustand zulassen würde. In den folgenden Tagen tritt eine wesentliche Änderung des Zustands nicht ein. Aus einem Bericht vom 14. Juli sei erwähnt: „In meinem Hinterkopf ist etwas entstanden, was mir meine Seele vollständig vernichtet hat. Ich muß bei jedem Gedanken diesen Zustand erst überwinden." Er hofft Gesundung durch Operation.

28. Juli. Er macht zeitweise einen sehr vergnügten, lebhaften Eindruck, lacht spontan, geht täglich spazieren, klagt auch über Langeweile, besucht Bekannte, gibt gleichwohl an, es sei nicht besser. Das Gefühl der Freude sei vollkommen weg. Er lache nur unwillkürlich. Er kann sich nichts Spaßhaftes vorstellen. Er kann sich aber auch nichts Trauriges vorstellen. Wenn er verzweifelt sei, könne er sich nicht recht gehen lassen. Er kann sich überhaupt nicht recht gehen lassen. Ich habe nur die krankhafte Bemühung, den Zustand wegzubekommen. Jeder Gedanke ist dadurch beeinflußt. Andere Leute bekommen Kopfschmerzen, können aber weiterdenken. Bei ihm sei das etwas ganz anderes. „Ich kann nicht klar werden, nie, das fehlt mir." Wenn es schön würde, würde ihm alles klar werden. „Ich hätte eben dann ein gesundes Ich. Wenn ich etwas von mir sage, so weiß ich gar nicht, was das ist."

30. Juli. Es wirtschaftete furchtbar im Kopf. Er könne sich nichts vorstellen.

(Stellen Sie sich einen Drachen vor!)

Schweigt lange still, lächelt, meint schließlich, er habe sich ihn nicht klar vorgestellt. „Es gibts nicht her." An diesem Tage erscheint er auch äußerlich sehr gedrückter Stimmung. Zeigt nur bisweilen ein verlegenes Lächeln. Sehr eigenartig ist sein Verhalten beim Assoziationsversuch (es sind nur Stichproben widergegeben).

Sonne . . . . . (lächelt, gibt auch nach wiederholtem Drängen keine Antwort).
Schlange . . . . . Gift 18".
Blume . . . . . ich wüßte nicht, was ich darauf sagen sollte.
Schlüssel . . . . . Schloß 3".
Gelb . . . . . „Verzeihung, was sagten Sie?" (stockt).
Buch . . . . . „ich denke überhaupt nichts, das quält mich nur."
Grün . . . . . Laub 3".
Zimmer . . . . . (es erfolgt überhaupt keine Antwort).

Er meint hierzu, er spüre die Qual, weiter nichts. Es fiele ihm dann kein Wort ein. Darauf aufmerksam gemacht, daß das Antworten doch auch Denkleistungen voraussetze, meint er, das Antworten fiele ihm leichter, es treibe ihn schon der Drang über seinen Zustand aufzuklären, damit er Erleichterung bekomme. „Es ist fortwährend qualvoll". Es sei nicht wie ein Schmerzgefühl. Sein häufiges Lächeln bezeichnet er als unwillkürlich. Er hat nicht das Empfinden, das ein anderer hat, wenn er lacht. Als er eine Rechenaufgabe (9×7) prompt ausrechnet, meint er, darüber brauche er nicht nachzudenken, das mache keine Schwierigkeiten. Die Sachen, die er sich früher eingeprägt hätte, könnte er besser beantworten. Es zeigt sich jedoch, daß er auch über Namen und Art der Patienten, mit denen er zusammen ist, Auskunft geben kann. Jeder Gedanke kostet ihm aber, wie er angibt, Mühe. Er könne sich nicht richtige Pläne und Vorsätze machen. Natürlich fühlte er sich vollständig verändert. Das normale Gefühl fehlte eben, er könne sich weder Freude noch Trauer vorstellen, er spürte nur diese Qual, weiter nichts. Wenn das aber zurückginge, dann würden sich auch die geistigen Fähigkeiten wieder herstellen. Die Zeit könne er abschätzen. Das Gedächtnis sei gut, es sei aber kein Vorstellen, sondern nur ein Wissen. Er läßt sich nur mit Mühe dazu bringen, eine Umrißzeichnung des Bahnhofs zu entwerfen.

Auch in den nächsten Wochen tritt eine Änderung nicht ein, er greift sich häufig nach der Stelle auf dem Kopfe und läuft unruhig und verzweifelt hin und her.

Die minutiöse objektive Untersuchung (Sinnesorgane, Schädelröntgengenologie) ergibt keinen pathologischen Befund.

Es handelt sich um einen 20jährigen, der seit 4 Jahren krank ist. Dasjenige Krankheitssymptom, das er selbst in den Vordergrund stellt, ist eine parästhetische Empfindung am Kopfe. Er selbst leitet von dieser Herabsetzung der Fähigkeit des Denkens und Fühlens, sowie auch des Empfindens ab. Ja, er fühlt sich durch dieses Gefühl in seiner Gesamtpersönlichkeit verändert. „In meinem Hinterkopf ist etwas entstanden, was mir meine Seele vollständig vernichtet hat." Besonders interessant ist, daß die meisten Störungen, die wir bei der Depersonalisation antrafen, auch hier nachweisbar sind. Insbesonders das Versagen, wenn eine bestimmte Aufgabe gefordert wird (Assoziationsversuch). So findet er angeblich beim Assoziationsversuch überhaupt keine Worte, während er gleichzeitig doch relativ komplizierte Denkleistungen vollführt.

Die klinische Deutung dieses Falles ist wieder eine außerordentlich schwierige. Manisch-depressives Irresein scheint der ganzen Sachlage nach ausgeschlossen werden zu können. Hiergegen muß die Diagnose der Dementia praecox sehr ernsthaft erworgen werden. Es fehlen jedoch wirklich sichere Charakteristiker, so daß immerhin noch an einen eigenartig charakterisierten neuropathischen Zustand gedacht werden kann.

Man muß den Fall in die Nähe der von Dupré und Camus[1]) beschriebenen Fälle stellen. Diese beschreiben als Cénestopathie Fälle von eigentümlichen Mißempfindungen, welche den lokalisierten neuropathischen Schmerzen (Topalgien) nahe stehen, aber eben keine Schmerzen sind, sondern Dysästhesien anderer Art. Es erscheint anderenteils fraglich, ob nicht der erste von den

[1]) Auch Camus uud Blondel.

Autoren mitgeteilte Fall zur Dementia praecox zu zählen sei. Es ist bemerkenswert, daß dieser erste Fall ein sicherer Depersonalisationsfall ist. Auch diesen Autoren hat sich also die Beziehung dieser sonderbaren Parästhesien zu der Depersonalisation aufgedrängt (vgl. Anhang).

Unabhängig von den klinischen Fragestellungen ist die Frage, ob tatsächlich, wie der Patient angibt, die Parästhesie im Kopfbereich psychologisch als Ursache der übrigen Störungen anzusehen ist. Dem rein deskriptiven Bestand nach muß gesagt werden, es liegt vor, eine ständige Mißempfindung, welche fordert, von dem Individuum bemerkt zu werden. Auf der anderen Seite treffen wir eine Reihe von Störungen, welche wir in den vorangehenden Ausführungen als Unfähigkeit der vollen Ichzuwendung charakterisiert haben. Es ist im früheren eingehend ausgeführt worden, daß die entsprechenden Abänderungen der Wahrnehmung und des Gefühles daraus entspringen, daß im Individuum noch anderweitig gerichtete Tendenzen sind. Nun kennen wir bei dem uns hier interessierenden Individuum tatsächlich eine derartige Tendenz. Es ist die der Forderung der Mißempfindung, sie zu beachten. Es scheint mir also die Möglichkeit gegeben, im Sinne des Patienten von der Parästhesie die übrigen Störungen abzuleiten. Durch den Versuch dieser genetisch psychologischen Erklärung ist natürlich die Frage nach der Richtigkeit unserer Deskription nicht berührt. Wir würden an dieser festhalten müssen, auch wenn die genetische Erklärung sich als unhaltbar erweisen sollte. Es muß nämlich doch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß die Parästhesie und die übrigen Störungen koordiniert sind. Zu mindest muß es als wahrscheinlich bezeichnet werden, daß diejenige Veranlagung oder Erkrankung, welche die Parästhesie hervorgerufen hat, auch die Fähigkeit des vollen Sichversenkens in die Gegenstände beeinträchtigt.

Es muß übrigens noch die Möglichkeit offen gelassen werden, daß die Gesamtstörungen noch der anderen Art psychologisch genetischer Erklärung zugänglich sind. Nach unseren Erörterungen über den Fall Löwys müssen wir erwägen, ob nicht doch auch in diesem Falle eine Affektgrundlage vorhanden ist. Ich muß jedoch betonen, daß die sorgsame Untersuchung keinen Anhaltspunkt in dieser Richtung ergeben hat. Wäre diese Annahme richtig, so könnte daran gedacht werden, daß die Dysästhesie einen anders gearteten Widerspruch vertritt.

Im Anschluß an diese Beobachtung möchte ich, ganz kurz wenigstens, den Fall eines Schauspielers erwähnen, der sich einen vorstehenden Zahn durch einen anderen hatte ersetzen lassen. Im Anschluß daran ständige Klagen über ein Gefühl schrecklicher Unsicherheit im Munde, das ihn zu einer ständigen Selbstbeobachtung zwinge. Er klagt über Angstgefühle, Schlaflosigkeit und gibt an, die Mundhöhle käme ihm zeitweise zu groß vor. Andere Störungen im Sinne der Depersonalisation sind jedoch nicht nachweisbar. Wir werden wieder darauf verwiesen, daß es unbedingt notwendig ist, bei den Statuieren von Zusammenhängen psychischer Vorgänge äußerste Vorsicht walten zu lassen. Wir werden darauf aufmerksam gemacht, daß verschieden gerichtete Tendenzen vorhanden sein können, ohne daß die von uns hervorgehobenen Phänomenen eintreten.

Nun ein sicherer Fall von Schizophrenie, in dem Symptome der Coenästhesiopathie gleichfalls eine wesentliche Rolle spielen.

Fall 11. Agnes R., geb. 1855. In die Klinik aufgenommen am 29. April 1896. Familienanamnese belanglos, mit 19 Jahren geisteskrank (Angstzustände), mit 24 Jahren dieselbe Störung. War 10 Jahre in der Irrenanstalt, dann entlassen, jetzt seit 3 Wochen krank,

ist ängstlich, hat geäußert, ein Gedanke habe ihr gesagt, sie solle auf einen Baum steigen, hört auch sonst befehlende Stimmen, sie ist in ihrem Verhalten agressiv.

Bei der Aufnahme körperlicher Befund ohne Besonderheiten, sie ist örtlich und zeitlich orientiert, weiß über ihre Verhältnisse Bescheid. Sie fühlt, wie sich Fäden im Kopfe spannen, zerreißen und über sie weg ins Gesicht und in die Augen fallen. Andere bilden Tropfen, die nach der rechten Seite der Schläfe fallen, im Gehirn zittert es. Sie gibt auch eine entsprechende Selbstschilderung, aus der folgendes bemerkenswert ist. „Wenn jemand spricht und will meinen Sinn dahin lenken, kann ich nicht, da es im Kopfe viel stärker wirtschaftet. So ist es auch, wenn ich etwas anderes denken will. Aber ich kann es nicht, ich muß immer auf die innere Bewegung in meinem Kopfe achten. Sogar beim Essen habe ich keine Ruhe, da ist alles wie lose geworden, da komme ich mir leichenartig vor, als würde mir erst die eine Seite vom Gesicht schwinden, dann die andere. Ihre Stimmung ist stark deprimiert und sie hat lebhafte Angstgefühle.

Am 12. Mai sagt sie, es sei, als wenn sie einen halben Kopf hätte, sie sei auf ewig verloren und vom lieben Gott gestraft, „bitte Herr Doktor, wollen Sie so gut sein, meinen Namen will ich auch nicht haben, ich bin nichts mehr und will auch nichts mehr wissen." (Die Auskünfte gibt sie schriftlich). In den nächsten Wochen etwas ruhiger.

Am 11. Juli ist ihr, als ob ihr Gegenstände aus den Augen fielen, dann wieder, als ob ihr die Lampenglocken in die Augen hineingingen. Das Gesicht einer Patientin verzerrt sich ihr: „ohne Augen, wie ein Schneemann". Am 14. Juli halluziniert sie, „sie machen mich alle schlecht." Eine Wärterin habe gesagt, sie werde die Patientin bei der Polizei anzeigen, weil sie immer so faul im Bette läge. Am 17. Juli halluziniert sie stärker und sieht an der Decke den Doktor Martin Luther, Heilige etc. Auch in der nächsten Zeit ist sie unruhig, erregt, inkohärent, halluziniert, greift nach den Fäden in die Luft. Aus allen Winkeln hört sie beschimpfende Stimmen, fürchtet vors Gericht zu kommen, man beeinflusse ihr Gehirn und ihre Zunge so, daß sie nichts ordentlich denken könne, anders spreche als sie wolle. Dr. Martin Luther stecke in dem Schädel, vielleicht auch der Arzt, um sie vollends verrückt zu machen. Dabei besteht die eigenartige Sensation im Kopfe fort. Der Zustand geht in dieser Weise bis November 1911 fort. In diesem Monat sitzt sie den ganzen Tag regungslos auf dem Stuhle, hat einen gehemmten, teilnahmslosen Gesichtsausdruck, spricht mit leiser Stimme, verlangt zu ihrer Schwester, schläft schlecht und muß gefüttert werden. Bis zum März 1897 bleibt ihr Gesichtsausdruck starr, sie spricht nicht. Gegen Ende dieses Monats wird sie etwas freier, ist aber immer noch etwas ratlos, sagt auf alles „ich weiß nicht, was das soll" oder am 7. Mai „es ist alles so laut, und wenn ich mich herumdrehe ist alles anders (im Flüsterton)." Sie halluziniert dauernd.

Am 27. Juni äußert sie, die ganzen Menschen sind meinetwegen unglücklich, ich muß tot sein. Alle Menschen schrien, sie hätte auf der Welt keinen Platz mehr. Bis zur Überführung in eine Landesanstalt (22. Juli 1897) ist sie im wesentlichen unverändert, verlangt nach Gift, ist zeitweise sehr erregt.

Aus Briefen von Ende Mai 1895 (verlangt nach Hause und bittet, man möge sie tot machen, klagt über die vielen komischen Empfindungen, die noch kein Mensch durchgemacht habe). „Die Gedanken, ja wenn die nur ihren Lauf ruhig durch den Kopf gingen, es ist aber, wenn ich was denken will, so kommt eine komische Empfindung oder ein drohender Gedanke und zerstört mir das, was ich denken will. In einer Weile kommt er wieder und wenn ich an Orte denken will, wo ich war, so ist die ganze Geisteskraft fort. . . . . Ich habe eine ganze Hölle in meinem Kopfe . . . . . In meinem Kopfe und meinem Körper existieren nur Zeichen, wenn ich lache oder mich fürchte, so ist alles wie halbseitig. Es ist auch, wie wenn ich in der zweiten Kopfseite anfangen würde." (Im weiteren Verlauf des Briefes bittet sie, man möge sie nicht ins Arbeitshaus bringen und meint, man werde schon finden was ihr fehle, wenn man nach ihrem Tode den Kopf öffne.)

Besonders wichtig sind folgende Stellen: „Ich denke, es müssen Teile der Nerven . . . . tot sein oder so angestrengt, daß mir nicht die ganze Geisteskraft durch den Sinn geht. Manchmal ist es mir, als wäre alles aus meinem Kopfe ausgegraben, als wäre ein ewiges Dunkel und eine unendliche Tiefe, aus der ich nicht heraus kann und es ist mir, als wenn die Gedanken nicht wiederkommen wollten, wie es früher war. Nur während des Schlafes träume ich, ich sei so, wie ich früher war . . . . . Aber so, komme ich mir so komisch vor, daß ich mich vor mir fürchte, mit so einem Kopf soll ich noch unter fremden Leuten sein . . . . . nein das halte ich nicht aus . . . . . Die komischen Empfindungen sind

immerfort und so verschiedenartig, daß ich sie wohl wahrnehme aber keinen Ausdruck dafür weiß. Es ist mir so, als würde sich die Geistesvorstellung ganz verlieren. Ich meine, das was man getan oder tut, muß man sich doch lebhaft im Geiste vorstellen können. Ich kann das nicht, ich nehme meine ganze Willenskraft zusammen, sogar unter Mithilfe der Körperkraft. Wenn ich an etwas denken will oder schreibe, halte ich die Zähne fest zusammen, um es auch auszuführen. Denn die Spannung bildet ein Gewebe, das sich immer wieder zerteilt . . . . . .

Manchen Augenblick ist es, als ob wieder alles gut wäre, aber das ist bloß eine kleine Weile . . . . . ."

Auch hier also eine Fülle von Erscheinungen, die in das Depersonalisationsgebiet gehören, mit eigenartigen Sensationen im Kopfe vergesellschaftet.

Anhang.

Der Fall[1]), den ich jetzt mitteile, hat keine direkten Beziehungen zu unserem Thema. Gleichwohl ist eine innere Verwandtschaft vorhanden, die uns berechtigt, den Fall hier mitzuteilen.

Fall 12. Die 39jährige Ida H. wird Ende Februar 1914 der hiesigen Poliklinik zugewiesen. Das Leiden begann damit, daß sie sich unwohl fühlte, ohne Rechenschaft geben zu können weshalb. Es fing im August 1913 mit Unruhe an. Bei der Arbeit ging etwas Kaltes über das Gesicht und sie konnte wegen Zerstreutheit nicht arbeiten, sie dachte, sie könne nichts weiter verdienen und war traurig und niedergeschlagen. Sie weinte viel; sie merkte, daß es mit ihren Händen nicht richtig war. Es war, wie wenn sie falsch arbeite, wenn sie die Hände ballte, paßten die Finger nicht ganz in die Hand, sie wurde nicht fertig. (Sie ist Arbeiterin in einem Schokoladengeschäft.) Am 21. November 1913 mußte sie aufhören zu arbeiten und kam ins Krankenhaus St. Jakob, sie konnte keinen klaren Gedanken fassen, wollte es immer wieder und brachte es nicht fertig, die Gedanken überstürzten sich, waren kurz, sie konnte nicht weiter denken und mußte sich wieder anderem zuwenden. Es hatte kein Anfang und kein Ende. Damals hatte sie in intensiver Weise das Gefühl, daß rechts und links vertauscht sei. Das ist auch jetzt noch nicht vollständig verschwunden. Die rechte Seite ist wie leicht. Als ihr Gegenstände zum Tasten in die rechte und linke Hand gelegt werden, so sagt sie, es packte sich links völlig anders an, hätte mehr Raum und fühlte sich anders an, die ganze rechte Hand sei viel kleiner, insbesonders der Innenraum. Sie zeigt das auch dem Referenten an ihrer Hand (objektiv nichts nachweisbar). Sie glaubt, daß sie im ganzen jetzt noch langsamer arbeitet als früher.

Traurigkeit und Freude waren immer erhalten, früher sei sie gedrückter gewesen als jetzt.

Ihr Vorstellungsvermögen sei ein gutes.

Bei der Intelligenzprüfung keine objektiven Defekte gröberer Art. Doch defeniert sich Dankbarkeit in folgender Weise: „Das freut man sich" und sie selbst meint, daß sie früher besser hätte denken können. Doch sei der Zustand jetzt besser als im November 1913.

Die objektive Untersuchung ergibt bemerkenswerterweise, daß am Dynamometer die Kraft links beträchtlicher ist als rechts (18 : 16). Sie selbst gibt an, daß sie mit der rechten Hand den Löffel nimmt, einfädelt und Brot schneidet. Doch erinnert sie sich, daß sie früher von ihrer Mutter viel gescholten wurde, weil sie beim Ausringen der Wäsche, das Ausringen mit der linken Hand besorgte.

Im Krankenhause St. Jakob hatte sie die Befürchtung geäußert, sie sei schwanger (wiewohl die Menstruation nicht ausgeblieben war). Sie hatte ein Verhältnis gehabt. Als sie jetzt danach gefragt wird, wird sie ängstlich und verlegen und verstummt.

Kurze Zeit nach dieser Untersuchung kommt sie selbst mit dem Wunsche, die Arbeit wieder aufzunehmen.

Hier liegt als wesentliches Krankheitssymptom ein eigenartiges „Vertauschungsgefühl" zugrunde. Man könnte denken, daß die rechte Hand durch die Arbeit tatsächlich geschwächt war (sie hat vorwiegend mit der rechten Hand

[1]) Der Fall wurde mir von Herrn Dr. Zaloziecki zugewiesen.

zu arbeiten). Es waren aber neuritische Symptome nicht nachzuweisen; wesentlicher ist, daß die Patientin offenbar eine latente Linkshänderin ist; sollte es ein psychisches Trauma gewesen sein, welches sich in der eigenartigen Vertauschung von rechts und links äußerte? Jedenfalls muß hervorgehoben werden, daß sich der Patientin auch die Gedanken verwirrten, in der Art, wie wir das bei unseren Depersonalisierten gesehen haben. Und die Patientin äußert auch selbst eigenartige Befürchtungen. Bevor die Patientin unserer Poliklinik zugeführt wurde, hatte ich Gelegenheit sie im Krankenhause St. Jacob zu sehen, sie war wenig zugänglich. Als ich sie genauer untersuchen konnte, war keine Spur objektiver Hemmung mehr zu konstatieren. Nach allem ist mir doch am wahrscheinlichsten, daß die Beobachtung in das Psychastheniebereich fällt. Ich lege das Hauptgewicht auf die Symptomatologie. Es ist ein Gegenstück zu den Allochiriefällen. Doch ist eine Schizophrenie nicht mit Sicherheit auszuschließen.

Der Fall Amiel und Verwandtes.

Von dem Genfer Philosophieprofessor Amiel existieren Tagebücher, welche für unser Thema von Interesse sind. Hesnard hat sie als erster zu der Frage der Depersonalisation herangezogen. Er teilt Amiel den Depersonalisierten zu, mit Rücksicht auf Tagebuchstellen, die wir sofort anführen wollen.

„Von Anbeginn an war ich ein Träumer, der zu handeln fürchtete, nach dem Vollkommenen strebte und ebenso unfähig war, auf die Forderungen nach ihm zu verzichten als sie zu erfüllen. Kurz, ein einsichtiger Kopf und ein schwacher Charakter, neugierig nach allem inneren Erleben und unfähig, das geringste auszuführen . . . . . Ich akzeptiere nicht die Kraft, die Tatsache, die Wirklichkeit, die mich unterdrücken, ohne mich zu überzeugen . . . . . Welche Unbeständigkeit des Geschmacks, der Neigungen und Abneigungen . . . . . Die Reflexion kommt bei dir nicht zum Entschluß, weil sie sich gegen sich selbst kehrt, um immer wieder über sich selber zu diskutieren; es mangelt dir der Führer, welcher befiehlt und der Richter, welcher entscheidet . . . . . Die Analyse ist gefahrvoll, wenn sie über die synthetische Kraft siegt . . . . Oder vielmehr, das ist die Gefahr welche dich bedroht. Du verlierst die Einheit des Lebens, der Kraft, der Handlung, die Einheit des Ich. Du bist Mehrzahl, Teilung, Analyse, Reflexion, du denkst in Synonymen dialektisch, daher rührt deine Schwäche. Die Leidenschaft nach Vollständigkeit, der Mißbrauch der Kritik, das Mißtrauen gegen die erste Regung, gegen die erste Idee, das erste Wort, erklären, wie es mit dir steht . . . . . Ich habe eben das Tagebuch von Maine de Biran vom 28. bis zu seinem 48. Jahr gelesen. In diesem ewigen Beobachter seiner selbst finde ich mich selbst wieder mit allen meinen Fehlern: Illusion, Entmutigung, Bedürfnis nach Sympathie, Unvollendetheit; mit meiner Gewohnheit mich vorbeigehen fühlen und leben zu sehen, mit meiner wachsenden Unfähigkeit zum praktischen Handeln, mit meiner Fähigkeit zur Psychologie . . . .

Ich kann mich grenzenlos vereinfachen, mein Milieu, meine Epoche vergessen und mich in ein anderes Alter versetzen. Ich kann diesen oder jenen Sinn vergessen, mich zum Blinden machen, mich zu einem Wesen werden lassen, das unter den Menschen steht, einem Tier oder einer Pflanze . . . . Wiewohl

ich mich aufrecht halte, hatte ich weder Gewicht noch Körper und drehte mich im Raume wie ein Planet und fühlte mich als Kugel; ich fühlte mich deutlich gesondert innerhalb meines Organismus, von ihm befreit (1849).

Ich bedarf einer Anstrengung um mich wieder zu fassen und mich als Persönlichkeit zu gewinnen. Alles lockt mich, zieht mich an, spaltet mich in zwei Pole, wandelt mich und entfremdet mich plötzlich meiner Persönlichkeit, welche flüchtig expansiv ausstrahlt wie der Äther und strebt sich in grenzenlosen Raum zu verlieren oder umgekehrt, sich an einem belanglosen Punkte der Ausdehnung zu verdichten (1856). Ich finde keine Worte für das, was ich empfinde. Eine tiefe Versenkung in mich selber findet statt. Ich höre mein Herz schlagen und mein Leben zieht vorüber. Es scheint mir, daß ich eine Statue geworden bin, an den Ufern des Flusses der Zeit und daß ich bei einem Mysterium anwesend bin, aus dem ich als Greis oder ohne jedes Alter hervorgehen werde . . . Ich fühle mich namenlos, unpersönlich, mein Blick ist starr, wie der eines Toten, mein Geist ist unbestimmt und auf alles gerichtet, auf das Nichts oder das Absolute; ich bin aufgehoben, es ist, wie wenn ich nicht wäre. Dieser Zustand ist weder Betrachtung noch Erstarrung, er ist weder schmerzhaft noch freudig noch traurig; er ist außerhalb jedes besonderen Gefühls und jedes begrenzten Gedankens (1856). Ich glaube in der Tat, daß die leichteste Krankheit mein Gedächtnis vernichten und meine Existenz auslöschen würde. Sehe ich doch, wie ich mit großer Leichtigkeit meinem gegenwärtigen Ich fremd werde und mich dann als unbeschriebene Tafel, und als weißes Blatt vorfinde. So sehr erscheint mir das Leben als ein Traum, daß ich mich leicht in die Situation eines Sterbenden versetzen kann, dem das ganze Getümmel der Bilder entschwindet. Ich habe die Wesenlosigkeit eines Fluidums, eines Dampfes, einer Wolke und alles wandelt sich leicht in mir."

Nun sind diese Angaben aus den Tagebuchnotizen mehrerer Jahre zusammengestellt. Schon diesem Auszug gegenüber halten wir die Frage für berechtigt, ob nicht doch anderes vorliegt als Depersonalisation. Der erste Teil der Ausführungen besagt im Grunde nichts anderes, als daß Amiel sich unfähig fühlt in das äußere Leben einzugreifen und den Zwang zur Selbstbeobachtung als quälend empfindet. Der zweite Teil beschreibt eine Reihe von psychologisch eigenartigen Zuständen. Im wesentlichen handelt es sich um die Klage, er verliere sich zu sehr an die Gegenstände und verliere das Bewußtsein seines Ich. Diese Zuwendung geht in dem zuletzt beschriebenen Zustand nicht zu einem bestimmten Ding, sondern zu dem Universum im allgemeinen. Es sind Zustände des Sichverlierens an die Gegenstände. Das alles hat keinerlei Ähnlichkeit mit dem psychologischen Zustand der Depersonalisierten. Das muß deswegen als wichtig betont werden, weil Dugas und Moutier ihre Anschauungen über Depersonalisation wenigstens zum Teil auf die Tagebücher Amiels stützen. Oesterreich hat bereits hervorgehoben Amiel sei kein Depersonalisierter, sondern ein Willenloser, Aboulischer gewesen. Man hat tatsächlich, wenn man den Tagebüchern Amiels gegenübersteht, den Eindruck, daß ihm die Fähigkeit des tätigen Eingreifens in das Leben versagt war. Es ist jedoch sehr fraglich, ob der Begriff Aboulie ein hinlänglich scharfer ist, um das zu beschreiben, was beim Amiel vorliegt. Es ist fraglich, ob es zweckmäßig ist, Hamletnaturen als Aboulische zu bezeichnen. Es fehlt ihnen ja die Elementarfunktion des Wollens keineswegs.

Ich kann hier eine ausführliche Darlegung über Amiel nicht geben. Doch sei wenigstens in den Hauptzügen das für uns Wichtige hervorgehoben. Eine Analyse ist nur dann möglich, wenn man von dem Versuch eines Verständnisses der Persönlichkeit die Analyse der eigenartigen Zustände absondert, die Amiel so treffend beschreibt.

Zunächst folgende Tagebuchstellen (6. April 1851). „Mein Herz bietet dem Leben tausend verwundbare Stellen. Wäre ich Vater, welchen Kummer könnte mir ein Kind bereiten. Als Gatte könnte ich auf tausenderlei Arten leiden, weil ich tausend Voraussetzungen für mein Glücksgefühl hätte. Die Haut meines Herzens ist zu zart, meine Phantasie zu unruhig, ich verzweifle zu rasch und trage zu lange am Nachklang meiner Empfindungen . . . das theoretische Leben allein hat Elastizität, Größe, Reparabilität; das praktische stößt mich zurück.

Und doch zieht es mich an, weckt meine Sehnsucht.

Ich mißtraue mir selbst, dem Glück, denn ich kenne mich. Das Ideal vergiftet mir jeden unvollkommenen Besitz. . . . . Ich glaube alles, was notwendig von der Vorsehung gewollt, unvermeidlich ist, werde ich mit Seelengröße tragen. Aber Verantwortlichkeit träufelt in den Kummer tödliches Gift. Und jede Handlung ist in der Hauptsache freiwillig. Darum handle ich so wenig wie möglich."

Am 11. Okt. 1853 heißt es: „Mir wurde klar, was mich von der Mehrzahl der übrigen Reisenden unterscheidet. Sie haben sämtlich einen besonderen Zweck und beschränken sich auf bestimmte Dinge, während ich alles will oder nichts und stets nach völligem Erfassen aller Tendenzen oder aller Elemente des wirklich Gegebenen strebe . . . . . immer das Ganze, das Absolute, das Teres atque Rotundum, das All der Sphären, die Nichtresignation."

1861 heißt es: „Der große Widerspruch meines Ich ist ein Gedanke, der sich vergessen will in den Dingen und ein Herz, das leben will mit den Menschen. Die Vereinigung des Gegensatzes liegt im Bedürfnis sich hinzugeben. Nicht mehr für sich zu wollen, für sich zu existieren, sich zu entpersönlichen, zu verflüchtigen in Liebe und Betrachtung. Was mir fehlt ist Charakter, Wollen, Individualität . . . . . Ich, dessen ganzes Wesen, dessen Herz und Sinn darnach lechzt, unterzugehen in der Wirklichkeit, im Mitmenschen, in der Natur, in Gott, ich, den die Einsamkeit verzehrt und zerstört, ich begrabe mich in der Einsamkeit, scheine mir nur in meiner eigenen Gesellschaft zu gefallen, mir selbst zu genügen." 1870 heißt es: „Wie der Schiffbrüchige, den die nächste Welle in die Tiefe zieht, fühle ich ein wahnsinniges Verlangen, das mich ans Leben kettet, in verzweifelter Reue schreie ich um Erbarmen."

1876. „Meine Seele ist ein Abgrund, deren Verlangen nichts stillt und die das Auslöschen des Grundes noch nicht beruhigt hat. Sie will sich ganz hingeben, liebend, glaubend, enthusiastisch und nichts kann sie ganz ausfüllen oder auch ihr nur Illusionen erwecken. Diese unendliche dumpfe Sehnsucht ist ein unstillbarer Durst."

Man sieht, das gleiche Motiv zieht durch das ganze Leben Amiels. Es ist der Wunsch nach vollem Erleben und zugleich die Furcht, nicht voll erleben zu können oder unter dem Erleben zu sehr zu leiden. Wir können nachfühlend verstehen, weshalb sich dieser von dem werktätigen Leben zu sich selbst zurück-

zieht. Er hofft im inneren Leben jene Konflikte vermeiden zu können, welche in der Außenwelt drohen.

Am 26. August 1868 schreibt er in sein Tagebuch: „Werde ich je wieder nach allen Stürmen und Aufregungen, die mich in den letzten Monaten in mein individuelles Dasein eingeschlossen haben, zurückkehren können in die Regionen reiner Intelligenz, wieder eingehen in das selbstlose unpersönliche Leben, gleichgültig gegen das Elend der Subjektivität in einem reinerkennenden kontemplativen Seelenzustand? Werde ich endlich wieder all die Not vergessen, die mich an die Erde und an die Menschheit fesselt, werde ich ein reiner Geist werden können, ach, ich wage es keinen Augenblick zu glauben."

In der gleichen Eintragung heißt es weiter: „Ein furchtbarer Zwiespalt! Mich ekelt vor allem, was im Bereich meiner Möglichkeiten liegt und was ich mir ersehne, das entgleitet meinen Händen für immer. Jedem Aufschwung folgen Müdigkeit und Enttäuschung, Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Entkräftung, Apathie, das Spiel beginnt immer von neuem . . . . . ."

Aber das Bild, das wir entwerfen, wäre unvollständig, wenn wir nicht berücksichtigen würden, daß die Tagebuchblätter nur einen Teil des Wesens Amiels wiedergeben. „Woran liegt das, einmal ist Schmerz mitteilsamer als Freude, dann an verschiedenen Begleitumständen. Wenn keine Forderungen an mich herantreten, so versinke ich in meine Melancholie. Darum fehlt hier der tätige heitere Mensch des Alltags und der Literat."

Es tritt uns so Amiel als Einer entgegen, der den Kampf des Lebens kämpfte, als ein besonders leicht verwundbarer, als ein besonders fein Empfindender. Und eben, weil er mehr an den Wunden litt, taucht immer wieder der Wunsch auf, sich in eine Gedankenwelt zu flüchten, die keine Schmerzen zufügen kann. Es geben nun diejenigen Eintragungen zum Teil Zustände wieder, in welchen diese Flucht aus der Wirklichkeit in reiner Weise durchgeführt wurde. Ich zähle hierher jenen Eintrag vom 9. August 1859. „Wie ist das Leben gering, wenn nichts in uns unsterblich ist! Wie ein zitternder Traum, der sich beim Morgengrauen verflüchtigt, lösen sich Vergangenheit und Gegenwart von mir los und entgleiten meinem Bewußtsein, wenn es Einkehr bei sich hält. Zu dieser Stunde fühle ich mich leer, jeder Erinnerung bar wie ein Genesender, der sich auf nichts besinnt. Meine Reisen, meine Bücher, meine Studien, meine Pläne und Hoffnungen sind tot. Es ist ein seltsamer Zustand. All meine Fähigkeiten entgleiten mir wie ein Mantel, den ich lose über die Schultern hängen hatte, wie die Schale einer Insektenlarve; ich fühle, daß ich mich häute oder besser, daß ich in eine elementarere Form eingehe; ich wohne meiner Entkleidung bei. Mehr noch als ich vergessen bin, vergesse ich selbst. Langsam gleite ich lebendig in meinen Sarg. Ich empfinde etwas, wie den seligen Frieden der Auflösung, die Ruhe des Nirwana; vor mir, in mir fühle ich den schnellen Fluß der Zeit, sehe die gestaltlosen Schatten des Lebens, und bin selbst starr wie eine Leiche.

Ich verstehe die buddhistische Wollust der Soufis, den Kief der Türken, die Extase der Orientalen. Und dennoch fühle ich, daß diese Wollust tödlich ist, ein allmählicher Selbstmord, wie der Gebrauch von Haschisch und Opium; dazu steht sie viel tiefer als die Freude der Energie, die Seligkeit der Liebe, die Schönheit des Enthusiasmus, der heilige Frieden erfüllter Pflicht."

Ich kann nicht finden, daß hier deskriptiv das Depersonalisationserlebnis gegeben ist. Hier ist vorhanden Einigung der vorhandenen Tendenzen und ein

friedlicher Gleichklang der inneren Stimmung. Gerade das vermissen wir bei der Depersonalisation. Die eigenartige Leere des Erlebnisses scheint mir darin zu liegen, daß der Einklang nicht jene Tendenzen in sich birgt, die in dem Individuum darin sind, sondern daß dieser Einklang arm ist wie die Extase der Inder. Doch davon später.

Wir betrachten eine neue Phase seines Lebens. „Ich fühle mich als Chamäleon, als Kaleidoskop, als Proteus, als ruhendes Fluidum, in jeder Beziehung in schwankender Veränderung. Infogedessen kann ich mich nie restlos hingeben, bin immer abwesend, auch wenn ich gegenwärtig bin. Ich bin sozusagen Zuschauer dieses Wirkens der Moleküle, das man individuelles Leben nennt, bin mir bewußt der beständigen Wandlungen und der unablässigen Metamorphose, die in mir vorgeht . . . . . Diese Phänomenologie meines Ichs ist die Laterna magica meines Geschickes und gleichzeitig ein Fenster, geöffnet auf das Mysterium der Welt. Mein Ich oder vielmehr, die Empfindlichkeit meines Bewußtseins ist eine Art unsichtbarer Schwelle, von der aus man den ungestümen Lauf der Zeit spürt, der wirbelnd in den unbewegten Ozean der Ewigkeit einmündet. Nachdem ich mich zerstreut, berauscht, kopfüber gestürzt habe in mannigfache Kleinigkeiten, in die Zufälligkeit flüchtiger Existenzen, ohne Rausch oder Vergessenheit zu finden, finde ich den unergründlichen Abgrund, das schweigende „unbetretende nicht zu betrende", wo die „Mütter" herrschen . . . . . ." In der gleichen Eintragung hieß es früher: „In mir aber leben zehn Menschen je nach Zeit, Ort und Umgebung, Gelegenheit; ich entschlüpfe mir in unablässigem Wechsel."

Auch das kann ich nicht als Depersonalisationserlebnis bezeichnen. Denn das, was Amiel beschreibt, ist ja die erhöhte Fähigkeit des Aufgehens in den Dingen. Es ist die Tendenz zu rückhaltlosem Erleben, zu einem zurückhaltlosen wahllosen Aufgehen in der Situation. Es sind ja die Worte, in denen das beschrieben wird, ähnlich wie die Worte des Depersonalisierten, sie verweisen jedoch auf andersartige Erlebnisse. Zum Beweise dafür noch eine Stelle (11. Mai 1853): „Ich liebe es, mich in den Ozean des Lebens zu stürzen, aber dabei verliere ich zuweilen die Richtung, verliere mich selbst und fühle, wie das Bewußtsein meiner eigenen Natur und dessen wozu ich berufen bin, schwankt . . . . . in meiner freiwilligen Hingabe an die Allgemeinheit, an die Universalität, an das Unendliche verflüchtet sich mein persönliches Ich wie ein Wassertropfen in einem Hochofen; es verdichtet sich erst bei eintretender Kälte, nachdem der Enthusiasmus erloschen und das Gefühl der Realität wieder gekommen ist. Ausdehnung und Verdichtung, Hingabe und Rücknahme seines Ich, Eroberung der Welt und Vertiefung des Bewußtseins; das ist das Spiel des inneren Lebens, die Bahn des mikrokosmischen Geistes, die Vermählung der individuellen Seele mit der Seele des Universums."

Schließlich äußert sich aber in dem Mitgeteilten noch der ungemeine Hang Amiels zur Selbstbeobachtung. Sein ganzes Tagebuch zeugt von ihr und der Zwang zur Analyse wird von ihm selbst quälend empfunden. An einzelnen Stellen des Tagebuches warnt er davor, die Analyse zu weit zu treiben. Es liegt wohl so, daß Analyse überall dort einsetzt, wo wir uns dem Leben aus irgendwelchen Gründen nicht mehr gewachsen fühlen. Sie ist die ständige Begleiterin der Unzulänglichkeit, gleichgültig aus welcher Quelle diese stammt. Wir können also darin keinen Beweis für Identität sehen, daß bei Amiel und bei den

Depersonalisierten die Analyse so sehr stark hervortritt. Die innere Verwandtschaft der Zustände ist nicht zu leugnen.

Ich komme also zu dem Resultate, daß wir auf dem Wege des nachfühlenden Verstehens dazu kommen, Amiel für eine Natur zu halten, welche innere Verwandtschaft hat mit den Depersonalisierten vor der Depersonalisation. Es sind vulnerable feinsinnige Naturen, sie erweisen sich als unfähig zu einem vollen Leben in der Realität. Der Depersonalisierte rettet aber (wenn man von vorübergehenden Phasen absieht) nichts in die Depersonalisation hinein. Die Depersonalisation ist der Ausdruck des Versagens der Einheitsbestrebungen (der Tendenzen) im Seelenleben. Amiel hingegen bleibt stets in dem Zustande, in welchem ihm, wenn auch unter steter Anstrengung, die Vereinheitlichung gelingt. Sie gelingt ihm zum Teil im reinen Leben des Gedankens, sie gelingt ihm jedoch auch bei der Zuwendung zu einer merkmalsarmen Außenwelt. Er ist zur Ekstase fähig, doch ist diese Ekstase nicht die vollkommene und reine, welche das letzte des Individuums vollkommen erschöpft. Wir müssen gestehen, man kann in den Krankengeschichten der Depersonalisierten Züge finden, die ähnlich sind. Ich verweise insbesonders auf den an dritter Stelle angeführten Fall meiner Beobachtung. Die Wurzel, aus der Seelenzustände wie die Amiels und die der Depersonalisierten entspringen, ist sicher die gleiche. Es sind nach dem zutreffenden Ausdruck Janets Psychasthenien. Man verwechsle jedoch nicht Krankheit und Zustandsbild. Amiel ist der in der Rangordnung Janets höhere stehende Typus, die „fonction du réel" ist bei ihm besser entwickelt.

Ich habe nicht mehr gegeben als einen dürftigen Abriß. Es sind Versuche zur verstehenden Psychologie. Wir werden manches aus den Tagebüchern im folgenden noch besser verstehen lernen.

Ich lasse eine eigene Beobachtung folgen, welche gleichfalls zur Depersonalisation sehr enge Beziehungen zeigt, vielleicht sind sie noch enger als bei Amiel. Denn hier tritt, wenn auch nur vorübergehend, ein Zustandsbild auf, das direkt als Depersonalisation bezeichnet werden muß. Der Habitualzustand ist jedoch ein andersartiger und vielleicht wird es uns gelingen, das Gemeinte in diesem Falle zu veranschaulichen und zu vertiefen.

Fall 13. Marie R., geb. 1887. In die Klinik aufgenommen am 7. August 1913. Die Krankengeschichte beruht im wesentlichen auf den Angaben der Patientin selbst. Der objektive Befund dauernd negativ. Die grazil gebaute Patientin ist in ihrem Wesen etwas eigenartig, die Bewegungen erfolgen rasch, geschmeidig, doch ist eine gewisse Maniriertheit nicht zu verkennen. Wenn sie spricht, sind die Gesten lebhaft, zupft am Rock, überhaupt sind die Hände sehr bewegt, der Blick wird häufig zu Boden gesenkt, dann wieder plötzlich auf den Partner gerichtet. Die Mimik ist sehr lebendig, vielleicht um eine Nüance zu ausdrucksvoll und macht den Eindruck des leicht Manierten. Sie spricht sehr gewählt, vollkommen korrekt im Satzbau und in der Grammatik. Man hat zeitweise den Eindruck des Gesuchten. Doch schildert sie ihren Zustand mit großem Interesse und mit dem sichtlichen Wunsch, nicht zu übertreiben und nichts hinzuzufügen.

Ihr Vater ist nervös, hat komische Ansichten, ist Spieler und Potator. Ein Bruder und eine Schwester werden als nervös und jähzornig geschildert. Die Schwester sei boshaft, eigensinnig und egoistisch. In ihrer Jugend habe sie außer Scharlach keine Krankheiten durchgemacht. Schon als Kind war sie anders als die andern. Sie lernte gut, war ehrgeizig. Als Mädchen von 14 Jahren durfte sie nicht das lernen, was sie wollte, sie mußte schneidern lernen. Sie wäre lieber berühmt und etwas Großes geworden, weinte viel und wurde melancholisch. Sie begriff zwar alles, was sie begreifen wollte, doch kam sie sich nutzlos vor. Manchmal glaubte sie, sie würde Aufgaben nicht leisten können, dann gelang es aber doch. In dieser Zeit war sie auch außerordentlich schüchtern. Wenn sie auf der Straße von

jemanden angesehen wurde, fing sie zu weinen an und ging nach Hause. Später kam sie dann unter gebildete Menschen, las Bücher und wurde wieder „normal". Früher hatte sie kein Selbstbewußtsein (ihr eigener Ausdruck). Sie hat viele Aufregungen gehabt. Im vorigen Herbst habe sie Schreckliches durchgemacht. (Herbst 1912.) Sie sei barbarisch mit sich umgegangen. Sie will ihren Lebenslauf nicht aufschreiben, weil sie vieles verschweigen müßte.

(Hatten sie mit Männern Enttäuschungen?)

„Ja . . . . . auch" (leichthin).

Gibt zu, derartiges auch im Herbst 1912 erlebt zu haben. Damals auch Unregelmäßigkeit mit den Menses, sollte operiert werden, bekam große Angst und wurde sehr nervös. Sie wurde innerlich behandelt und gebessert. Sie wünschte sich von ihrer Nervosität zu erholen, doch duldete das ihre Schwester nicht, mit der sie ein Schneidergeschäft führte.

Sie kommt in die Klinik am 7. August 1913, da in der letzten Zeit Angstgefühle, Beklemmungen und Atemnot aufgetreten war. Die Herzbeklemmungen seien mit so lebhafter Angst verbunden gewesen, daß sie allein nicht mehr auf die Straße konnte. Bei ihrer Schwester fühlte sie sich auch nicht wohl. Die linke Körperhälfte war ganz verdreht, Sie fühlte, wie der kalte Atem in mannigfaltigen Windungen durch die linke Lunge strich. auch ergossen sich kleine Kügelchen von der Kehle nach der linken Seite. All diese Angaben bringt sie lebhaft ohne eine Spur von Hemmung vor. Sie will in der Klinik ganz gesund werden, sonst wolle sie lieber sterben. Sie gibt an, im Winter vielfach gedacht zu haben, sie leide an Lungenschwindsucht.

Im weiteren Verlauf der Beobachtung klagt sie häufig in ihrer linken Seite gar nichts zu fühlen und furchtbare Angst zu haben, daß das Herz stehen bliebe. Sie legt auch häufig die Hand ans Herz oder kontrolliert den Puls der anderen Hand.

Später kommen auch Angaben, sie fände sich manchmal gar nicht normal. Alles ist sonderbar, sie ist sich selbst ein Rätsel.

Es ist ein eigenartiges Gefühl, manchmal könne sie überhaupt nicht denken. Sie war sehr unglücklich, daß sie seit dem Beginn der Krankheit nicht mehr denken und träumen könne.

Neulich kam sie sich in einem kurzen unbestimmten Moment anders vor, sie war wie im Nebel, begriff nicht und verstand auch nichts. „Es war grauenhaft, unbeschreiblich grauenhaft." Es ist manchmal, wie wenn sie außer sich wäre, wie wenn irgend etwas in ihrem Kopfe nicht reagieren könne, wie wenn es nicht funktionieren wolle, wie wenn sie betäubt wäre. Sie sehe nicht klar, empfinde und begriffe dann nicht richtig.

All das sind jedoch nur Ausnahmszustände, normalerweise kann sie die Eindrücke der Außenwelt richtig aufnehmen. Sie kann auch richtig fröhlich und traurig sein, ihre Erinnerungen seien kräftig und klar.

Einmal kam sie sich vor, wie eine Fliege und fühlte sich leicht. Manchmal ist der Kopf wie hohl, wie wenn er nicht mir gehören würde. „Mein Ich ist mir ein Rätsel." Sie hält sich aber für arbeitsfähig. Nur in jenen Momenten, die sie oben beschrieb, würde sie nicht wissen, was richtig wäre und was nicht. Sie findet es ganz schön zu träumen, wenn man nichts zu tun hat. „Wie sich jeder Mensch an etwas Liebes entsinnt." Sie bemüht sich, die Bilder klar vor Augen zu haben. Sie betont immer wieder, daß sie sich bei ihren Träumereien immer nur in Situationen der Vergangenheit versetzt oder in Situationen, die wenigstens im Bereich des Möglichen liegen. Bei ihren Träumereien fällt es ihr bisweilen schwer, Traum und Wirklichkeit zu unterscheiden.

Als sie letzthin ein Buch las, hatte sie plötzlich das Gefühl, so zu verstehen wie niemand anders. Es war, wie wenn sie die ganz richtige Lebensauffassung hätte. Sie fühlt sich dann wie aus der Welt.

Nach der ersten Unterredung mit dem Referenten fühlte sie sich, wie sie angibt, als ganz anderer Mensch. Manchmal ist sie furchtbar glücklich und manchmal furchtbar unglücklich. Vollkommen klar sei sie auch jetzt noch nicht, es fehle zeitweise noch der Verstand. Die Angst sei aber verschwunden. Ihr jetziger Zustand entspricht dem zwischen ihrem 14. und 21. Lebensjahr. Sie kann jetzt wieder träumen und denken. Ihr Glücksgefühl verbindet sich mit Vorstellungen. Sie ist dann unsagbar glücklich. Es drückt sich in ihren Träumen Streben nach Glück und Gesundheit aus. Früher konnte sie Menschen beurteilen, sie stand über ihnen, jetzt (nach der Unterredung) steht sie wieder mitten darin. Sie mußte plötzlich zehn Jahre zurücklassen.

Sie gibt noch von sich selbst folgende Charakteristik. Schon früher hatte sie das Bedürfnis der Anregung, das Bedürfnis, jemanden gern zu haben und sich jemanden aufzuopfern, einer Freundin, einem Kind, einem Mann. Sie glaubt sicher Handlungen und ihr künftiges Schicksal stets sehr genau vorher überlegt zu haben. Enttäuschungen, so fügt sie verbessernd hinzu, habe sie eigentlich nicht erlebt. Sie sei leicht erregbar und jähzornig, wenn sie jemand ärgere, könnte sie ihn gleich umbringen. Früher haßte sie sich zeitweise und fand sich häßlich. Im Schmerz habe sie stets eine gewisse Wonne empfunden.

Wiewohl die Patientin von einer durchgreifenden Veränderung ihrer Persönlichkeit spricht, glaube ich, daß es nicht berechtigt wäre, schlechthin von Depersonalisation zu sprechen. Doch bestehen enge Beziehungen, die wir im folgenden erörtern wollen. Die Erörterung scheint schon deswegen geboten, weil allgemeinere Beziehungen zwischen Depersonalisationszuständen und Wachträumereien zu bestehen scheinen, wie dies jüngst auch Heilbronner konstatiert hat. Wir versuchen zunächst wieder die Persönlichkeit gleichsam nachzuerleben. Wir sehen vor uns jemanden, der die träumerisch hohen Ansprüche der Pubertätszeit an das Leben auch in das reifere Alter mit hinüber übernommen hat. Da die Realität den Ansprüchen nicht entspricht, so flüchtet sie in die vergangenen Situationen oder malt sich Zukünftiges so lebhaft aus, daß sie Traum und Wirklichkeit nicht mehr sicher unterscheiden kann. Die Wirklichkeit enttäuscht sie. Wir werden an dieser Auffassung festhalten dürfen, auch wenn die Patientin Äußerungen macht, welche das zu verschleiern suchen. Eine solche Enttäuschung erscheint auch als der unmittelbare Anlaß der Erkrankung, welcher zur Aufnahme in die Klinik geführt hat. Es sind die Krankheitserscheinungen der Angst und der Herzneurose zu verstehen als reaktive Neurose. Wir gehen an dieser Stelle nicht weiter darauf ein. Uns interessiert die Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins, die sich mit diesen Erscheinungen vergesellschaftet. Wir verstehen sie als Folge eben jenen Schwankens zwischen Traum und Wirklichkeit und sehen hierin den Schlüssel, daß sich die Patientin selbst als Rätsel empfindet. All das ist nur verständlich, wenn wir beachten, daß es sich um eine Patientin mit lebhafter Affektivität handelt. Der Mechanismus der Störung ist ein sehr ähnlicher wie bei der Depersonalisation. Die Welt der Wirklichkeit wird nicht mit vollem Griffe erfaßt. Aber es muß sofort hinzugefügt werden, es ist beinahe der volle Griff, und weiterhin, es ist ein volles Erleben in der Phantasie da. Die Beurteilung des Zustands seitens der Patientin selbst entspricht auch nicht der Beurteilung, welche die Depersonalisierten ihrem Erleben angedeihen lassen. Sie ist sich selbst ein Rätsel. Aber sie erkennt sich doch als bestimmtes Selbst, allerdings als Selbst, das seine Erlebnisse nicht in voller Weise erlebt. Die Schwierigkeiten der Analyse in diesen wenig ausgesprochenen Fällen sind natürlich ganz besonders groß. Die kurzdauernden Attacken zeigen eine klare Struktur und entsprechen im wesentlichen kurzdauernden Depersonalisationsattacken. Die Welt zieht sich gleichsam vor dem geistigen Blick der Erkrankten zurück. Und dieser Zustand wird noch Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit.

Unsere klinische Diagnose lautet: Psychasthenie. Hysterie und Dementia praecox kommen jedoch in Frage.

Über einen auto-allopsychischen Symptomenkomplex.

Fall 14. Emil L., Straßenreiniger, 35 Jahre. Aufgenommen am 1. Dezember 1912. Der Vater Trinker, die Mutter gesund. Familienanamnese im übrigen belanglos, nichts von Nervenkrankheiten zu eruieren. Er hat in der Schule gut gelernt, soll ein vollwertiger Arbeiter gewesen sein. Er ist seit einiger Zeit deprimiert, der äußere Anlaß war der, daß er glaubte, sein Schwager habe ihm Geld weggenommen. Er hat mehrfach Suizidversuche gemacht.

Bei der Aufnahme erwies er sich als orientiert, klar und geordnet. Er erzählt, er habe im Alter von 9 Jahren die Treppe hinabsteigend ein helles Licht gesehen, es war der segnende Heiland, dem die Locken auf die Schulter fielen. Er wollte nach ihm greifen und dann war alles weg.

Vor sieben Jahren habe er bei der Krankenpflege der Mutter die Besinnung verloren. Vor drei Jahren habe er nachts geträumt, er solle eine Frau bekommen. Es soll eine Pastorentochter sein, die mit Missionszetteln zu ihm kam. Auf solchen hatte er früher gelesen, daß man ein Weib brauche, weil man sonst Selbstbefleckung triebe.

Die Pastorentochter lief am anderen Tage an ihm vorbei, wohl, damit er einen Heiratsantrag machen sollte. Der Aufseher habe ihn dann merkwürdig angesehen, weil er nicht zugegriffen hätte. Seit dieser Zeit kann er niemanden mehr ansehen. Das was auf dem Missionszettel stand, bezog er auf sich. Weil man ihm das vorwarf, wollte er sich das Leben nehmen. Die ganzen Missionszettel waren nur auf ihn zugeschnitten, auf seine Person „imprägniert". Der Pastor habe die Zettel drucken lassen, weil er von seiner Selbstbefleckung wußte und seine Tochter los werden wollte. Er sei durch diese Vorwürfe der Hausmission kompromittiert. Der Pastor habe die Zettel selbst nur für ihn hingelegt. Auf dem Zettel stand „Das große Versäumnis", dann begann es: „Jesus kam in ein Haus, nicht um bedient zu werden, sondern um zu dienen." Das bezog sich auf ihn und er war dadurch vollkommen gebrochen. Die Jugendsünden wurden ihm hierdurch vorgeworfen. Seit dieser Zeit quälen ihn von früh bis abends die gleichen Gedanken.

In den letzten drei Jahren hat er sich mehrmals aufgerafft, wurde aber wieder schwermütig. Ein Schwager hatte ihm 75 Mark weggenommen. Als er es ihm vorwarf, wurde er wegen Beleidigung angezeigt, erhielt aber keine Strafe. Seit dieser Zeit ging es aber immer mehr rückwärts. Er sagte sich: „Gott was nützt das Arbeiten?" Es überkam ihn Lebensüberdruß. Er fühlt sich in seiner Persönlichkeit sehr verändert, das Gehirn ist wie erweicht, stumpfsinnig, hat kein bißchen Fühlung mehr.

(Können Sie sich freuen?)

„Gar nicht mehr, am liebsten Schluß!"

Er möchte aber nicht gerne Selbstmörder werden. Auf die Frage, ob er richtig traurig sein könnte, meint er, „es ist so blödsinnig stumpfsinnig, obwohl ich schaffen möchte. Richtig energielos. Ich möchte arbeiten, weiß aber nicht. Ich bin Straßenreiniger, manchmal stehe ich in der Arbeit da und weiß gar nicht, wo ich bin." Er versichert unter dem Zeichen lebhaftesten Affekts weinend: „Ich habe meine Verwandten sehr lieb, überhaupt, wenn ich die frohen Menschen so arbeiten sehe, ich bin noch jung und kann nicht mit." Er hat in den letzten Wochen Schnaps getrunken, um sich zu betäuben (früher hat er nicht getrunken). Als er gefragt wird, ob er sich für krank hält, meint er, „ja, wenn einem alles so vor den Augen schwimmt und im Kopf herumgeht, dann macht man sich Gedanken. Es ist das keine Simulation, es ist alles still und tot, man könnte gleich sonst was." Er könne nicht mehr so klar denken, wie früher. Seit sieben Jahren habe er auch Brustschmerzen. Seine Krankheit führt er darauf zurück, daß ihm das alles vorgeworfen sei. „Das wahre Glück ist nun fort."

Er bringt das alles unter den Zeichen lebhaftesten Affektes vor, wobei der Affekt durchaus dem Inhalt entsprechend depressiv ist. Haltung und Mimik entsprechen der traurigen Stimmung. Objektive Hemmung fehlt vollkommen, die Mimik und die Ausdrucksbewegungen erscheinen sogar als leicht übertrieben und theatralisch vergröbert. Auch sonst fällt ein gewisses falsches Pathos auf und eine gewisse salbungsvolle Frömmigkeit. Seine Stimme ist belebt, nüanciert. Er spricht, ohne daß man antreiben müßte, legt auf Details großen Wert, erzählte ohne rechte innere Ordnung, wendet häufig mißverstandene Fremdworte an und neigt zu pathetischen Redewendungen. Die körperliche Untersuchung ergibt

nichts Abnormes, die Wassermannsche Reaktion im Blutserum ist negativ. In den folgenden drei Wochen der Beobachtung trat eine wesentliche Änderung nicht ein. Aus einem für seine Denkweise charakteristischen Brief sei folgendes wiedergegeben:

„Da die Welt für mich völlig tot ist, so will ich doch noch einen festen Versuch machen, um mich vor Selbstmord zu schützen. Ich selbst komme mir vor, wie ein Blöd- oder Stumpfsinniger, denn wenn ich richtig normal geistig in der Tat wäre, würde ich in Aufrichtigkeit nicht hier liegen in der Nervenklinik. Ich will kein Simulant oder Drückeberger sein, aber doch stellen sich bei mir Momente ein, wo ich nicht weiter, wo überhaupt kein Geist in mir ist. Nun meinen letzten Versuch, welchen ich noch zu machen gedenke. In Connewitz kurz vor der Brücke da ist ein Pflegehaus, in welchem alte Leute Tüten kleben. Ich gedenke, mit Gottes Hilfe, daß ich das auch noch werde fertig bringen, Geld will ich ja gar nicht haben, sondern nur die Nahrung, die die anderen Insassen auch bekommen und des abends ein Lager . . . . Sollte es aber doch mal vorkommen, daß ich mal dastehe, so bitte ich um Verzeihung, Wie ich aber da hinein kommen kann, so bitte ich freundlichst meine lieben zwei Ärzte, daß sie das besorgen . . . . . Wenn Gott will, daß ich meine eigene Lebenslust und Geistesfrische noch mal erhalte, so gehe ich von selbst wieder sofort heraus . . . . . wenn ich auch von hier nach Dösen würde kommen, so würde alles ganz zwecklos sein, denn das kostet doch der Krankenkasse viel Geld, was ich als rechtdenkender Mensch nicht will."

Er bittet in diesem Briefe noch, man möchte ihn nachts hinbringen, wenn ihn niemand sehe. Auch sonst klagt er, daß er nicht mehr für seine alte Mutter arbeiten könne. Das Denken sei eben so schlecht wie früher. „Am besten wärs, weg für mich." Oder er betont, „Sie sollten mich früher gekannt haben." Die paranoiden Ideen werden nicht korrigiert.

Es handelt sich also um einen Kranken, der seit mehreren Jahren paranoide Erscheinungen zeigt. Er bezieht allgemein gehaltene Warnungen der christlichen Missionsblätter auf eigene Verfehlungen sexueller Art und glaubt anderenteils, daß er versäumt habe, um die Hand einer ihm bestimmten Pfarrerstochter anzuhalten. Die Missionsblätter seien ihm auf merkwürdige Weise in die Hände gespielt worden. Das, was für uns bemerkenswert ist, ist die Art, wie der Kranke auf dieses nur rudimentäre Wahnsystem reagiert. Er zeigt lebhaften, depressiven Affekt, fühlt sich im Denken und Arbeiten gehemmt und hat den Eindruck durch diese Ereignisse ein völlig anderer geworden zu sein. Er spricht davon, es sei alles wie tot.

Es erhebt sich die Frage nach der klinischen Diagnose. Sie steht und fällt mit der Frage, ob der Affekt primär oder sekundär sei. Es ist auffallend, daß der Affekt von ihm selbst mit einem Ereignis bestimmter Art in Zusammenhang gebracht wird. Auch ist die Verarbeitung der Ereignisse durchaus eine paranoide. Ich glaube, es ist wahrscheinlicher, daß die paranoide Umbildung der Vorgänge vorangegangen ist. Damit wäre auch gut zu vereinigen seine Angabe der Erscheinung Christi. Doch kann durchaus nicht entschieden werden, welcher Art diese paranoide Bildung ist. Wir müssen die Möglichkeit offen lassen, daß sie doch als reaktive Bildung aufzufassen sei. Näherliegend scheint allerdings die Annahme eines schizophrenen Prozesses. Doch spricht gegen einen solchen, daß nach jahrelangem Bestand der Psychose typisch schizophrene Symptome doch noch nicht hervorgetreten sind. Im wesentlichen sind Affekt und Gedanke sachgemäß miteinander verbunden. Schließlich muß immer noch die Möglichkeit erwogen werden, daß eine melancholische Depression mit paranoiden Ansätzen vorliegt. Wie gesagt, ich halte jedoch die Annahme für wahrscheinlicher, daß das Wahnhafte nicht auf dem Boden der Depression erwachsen ist, sondern eine mehr selbständige Bedeutung hat.

Das Individuum reagiert auf dieses Wahnsystem in einer Art und Weise, welche gemäß ist der Weise der depressiv Veranlagten. Das wahnhaft Erlebte

läßt das Individuum in seinem ganzen Sein verändert erscheinen, es schließt sich daran, das Bewußtsein einer durchgreifenden Veränderung der Gesamtpersönlichkeit. Es würde sich, wenn man die Nomenklatur Wernickes anwenden wollte, um eine Allo-Autopsychose handeln. Die feineren psychologischen und nosologischen Stellungen dieses Symptomenkomplexes kann ich auf Grund meines Materials nicht geben. Hier verweise ich nur auf den Symptomenkomplex als solchen, ohne seine Deutung in einzelne zu verfolgen. Ich schließe sofort einen zweiten hierher gehörigen Fall an.

Fall 15. Alfred G., zur Zeit der ersten Aufnahme 37 Jahre, Ratsdiener. Er stammt aus gesunder Familie, hat zur normalen Zeit Gehen und Sprechen gelernt, hat Diphtherie und Masern als Kind durchgemacht. Er kam in der Schule gut mit, hat die Bürgerschule absolviert, hat dann das Tischlerhandwerk gelernt, war vier Jahre Soldat und trat beim Rat der Stadt Leipzig als Bote ein. Er avancierte anfangs gut, wurde aber dann bei einer Neueinstellung nicht berücksichtigt, blieb Ratsbote, während er gewünscht hatte, Wohlfahrtsschutzmann zu werden. Er faßte das als Degradierung auf. In der Tat ist auch der Endgehalt, der ihm in dieser Klasse erreichbar ist, geringer. Es scheint ihn auch besonders gekränkt zu haben, daß er kein Seitengewehr bekam (wenigstens nach seinen Angaben). Ein Gesuch blieb ohne Erfolg, trotzdem er wegen seiner Leistungen Anerkennung vieler Stadtverordneter erhalten hatte. Er war den ganzen Sommer 1910 sehr niedergeschlagen, schimpfte auf die Behörde, auf seine Familie, auf die ganze Menschheit. Im Frühjahr 1911 besserte sich sein Zustand, er wurde wieder lebenslustiger und heiterer. 14 Tagen vor der Aufnahme kamen Klagen über Übelkeit, Kopfdruck, Verstopfung, Hämorrhoiden. Er war sehr traurig, starrte vor sich hin, sprach mit sich allein. Seit dem 27. November aß er kaum mehr, machte sich große Sorgen, schlief unruhig, kaufte sich einen Revolver, um sich das Leben zu nehmen. Soweit seine Angaben und die seiner Frau. Seine Frau hielt ihn für einen klugen und sehr diensteifrigen Menschen. Er hat sich für Dienst und Behörde stets sehr interessiert. Er sei überlustig und fidel von Hause aus. Er war überall beliebt. Von manisch-depressiven Antezedentien ist ihr nichts bekannt. Von seinem Vorgesetzten wird bemerkt, er sei wegen eines Dienstvergehens nicht avanciert. (Koitus bei dienstlicher Revision bei Prostituierten). Er bezeichnet ihn als großsprecherisch. Er hatte in Erwartung des Avancements schon vor den Leuten geprahlt, er bekäme Helm und Seitengewehr. Er war schwach befähigt und wurde von den Kollegen viel geneckt.

Ein 3jähriges Kind ist gesund, nachher zwei Fehlgeburten der Frau.

Die körperliche Untersuchung ergab bei der ersten Aufnahme am 1. Dezember nichts Auffallendes. Nur waren die Pupillen leicht entrundet.

Er war gedrückt, zeigte jedoch keinerlei Störungen der Orientierung, Halluzinationen waren nicht nachweisbar. Er war tief gedrückt und fühlte sich dienstlich ungerechtfertigt zurückgesetzt. Nachdem er entlassen war, nahm er am 1. März 1912 seinen Dienst als Ratsdiener wieder auf. Weil er anonym einen Kantinenwirt fälschlich verdächtigt und einen Kollegen der Bestechlichkeit geziehen hatte (knapp vor seiner ersten Einlieferung) wurde ein Verfahren gegen ihn eingeleitet. Er war die Nacht vor der Aufnahme unruhig, wollte den Gashahn aufdrehen und sterben. Auch früher schon waren die Nächte unruhig verlaufen, er schrie wiederholt auf: „Der Kerl ist immer wieder da, er läßt mir keine Ruhe".

Er wurde am 22. April in die Klinik eingeliefert. Bei der körperlichen Untersuchung erwies sich die linke Pupille als spurweise weiter als die rechte. Beide waren verzogen. Die Reaktion prompt. Die Sehnenreflexe, insbesondere die Patellarreflexe, waren lebhaft und ausfahrend. Bei schwierigen Worten werden gelegentlich einzelne Silben wiederholt und es tritt ein krampfhaftes wie funktionelles Zucken im Gesicht auf. Nach diesem Befund wurde die Möglichkeit einer Paralyse erwogen, doch war die Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ, auch mit erhöhten Liquordosen (0,8), normale Zell- und Eiweißbefunde. Auch sonst ergab die Untersuchung keine weiteren Anzeichen für organische Erkrankung.

Der Patient war wieder in düsterer Stimmung. Die Orientierung und die Intelligenz waren vollkommen erhalten. Er klagt, er könne nicht mehr existieren, er habe keine Ruhe. Man quäle ihn fortwährend. Er hört nachts Beschimpfungen, früh weiß er nicht mehr, was er gehört hat. Er hat „unheimliche" Angst. Die Angst sitzt mehr unten, er hat dann

das Gefühl zu stürtzen, er weiß nicht mehr wohin. Von den Stimmen ist ihm verboten worden zu sagen, was er hört. Es sind nicht immer die Stimmen der gleichen Leute. Es sind verschiedene. Jeder quält ihn einzeln. Eine hypnotisierte ihn einmal, er hatte das Gefühl, daß jemand dastand und ihn ganz steif und starr machte. Er weiß nicht, was die Leute von ihm wollen. Er war immer gut, die Frau doch auch. Er lehnt ungläubig lächelnd ab, daß das krankhaft sein könne. „Eine Krankheit, nein, das ist keine Krankheit, wenn mans hört, da hört mans doch schließlich." Er folgt dem Gespräche nicht mit voller Aufmerksamkeit, blickt plötzlich scheu nach der Seite hin. Er berichtet durchaus klar, spricht mit dem Ausdruck tiefen Schmerzes. Er hat die Haltung eines schmerzerfüllten Anklägers. Doch bleibt er dabei beherrscht und gemäßigt. Er fühlt sich vollkommen verändert. Er führt das auf die Stimmen zurück. „Das ist nun schon länger so, wie wenn ich anders wäre, das ist schon lange her! . . . . . Alles hat sich verändert, es kann auch nie werden, daß ich das Gefühl wieder hineinkriege. Daß ich wieder glücklich und unglücklich werde. Früher war ich froh und freute mich. Jetzt ist mir alles wurst! (spricht mit dem Ausdruck tiefen Schmerzes). Über sein Denken befragt meint er, er müsse sich Mühe geben, dann falle es ihm doch ein. In den nächsten Tagen sehr zurückhaltend finster. Halluziniert, kommt eines Morgens und fragt „glauben Sie denn, daß ich ein Verbrecher bin". Das sei ihm von einem Rotkopf gesagt worden. Sein Gesichtsausdruck ist meist scheu. Am 2. Mai sagt er abends: „Es wird mit mir jeden Tag anders, ich kann das nicht beschreiben." Die vorige Nacht hätten sie ihm mitgespielt und hätten ihm im Leibe herumgearbeitet. „Am Tage, da weiß ich mir zu helfen, da reiße ich aus . . . . . Ich wills mir jede Nacht merken, in der Frühe weiß ichs dann nicht . . . . . ich wußte nur, daß ich Schreckliches durchgemacht hatte." Beteuert immer wieder, „ja ich war doch früher ein ganz anderer".

In der weiteren Beobachtung wiederholen sich die gleichen Ideen. Seit 2 Jahren, so gibt er an, hört er Stimmen. Er hat zunächst davon anderen erzählt, aber die glaubten ihm nicht. Er hat geschwiegen und schweigend Schreckliches erduldet. Ein Mann beim Rate habe ihn ruiniert. Die Stimmen träten auf dessen Veranlassung auf. „Es ist sicher, das ist ein ganz gemeiner Mensch." Die Stimmen sagen „du gemeiner Hund" und ähnliches. Nur aus Verzweiflung habe er in der letzten Zeit Schnaps getrunken, manchmal für 50 Pfg. den Tag. Wehrt sich, „ich habe doch niemanden etwas getan . . . . . es müssen doch Leumundszeugnisse eingeholt werden." Die Klagen über die Veränderung seiner Persönlichkeit bestehen fort. Früher hätte er Interesse am Lesen gehabt, das jetzt fehlte. Auch das Erfassen werde ihm schwer, die Buchstaben verschwimmen. „Wenn ich lebhaft bin, das ist wie ein Sonnenstrahl, daß mein früheres Ich wieder kommt." Zeitweise kommen auch körperliche Klagen, es ist wie ein Schleier vor den Augen, er fühlt sich matt. Er ist außerordentlich leicht erregbar, bekommt einen förmlichen Wutanfall, als ihm der Besuch seines früher scharlachkranken Kindes verweigert wird. Hat Streit mit anderen Patienten. Er wird am 5. Juni nach Dösen überführt.

Er wird wieder gebracht am 25. August 1913.

Die Frau gibt an: Nach der Entlassung aus Dösen am 7. November 1912 ging er nach Hause, von dort am 8. Dezember wieder in den Dienst, er wurde in L. beschäftigt, wo er seine Arbeit zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten erledigte. Nachts (insbesonders in der ersten Zeit nach seiner Entlassung) sprach er bisweilen vor sich hin. Er sollte nun wieder zurück nach der Ratswache, wo er seinen Gegener vermutete (den Oberkommissar P.). Er verweigerte den Gehorsam und wurde vom Dienst suspendiert. In der Nacht machte er wieder einen Selbstmordversuch und öffnete den Gashahn.

Er ist auch jetzt wieder in der gleichen Weise deprimiert, wie früher. Wesen und Verhalten sind gleich geblieben. Er habe noch in Dösen Stimmen gehört, er sei ein Verbrecher. Die Stimmen gingen immer von dem gleichen aus, von dem Oberkommissar P. (Er hat früher den Namen nicht nennen wollen). Er hat seit anfangs März 1912 wieder Dienst gemacht. Die Gehorsamsverweigerung beging er, weil er wieder auf der Ratswache Dienst machen sollte, wo er seinen Gegner vermutete. Wenn er dort war, war es dann immer stärker mit den Stimmen. Er hat deshalb den Gehorsam verweigert. Man habe falsche Protokolle mit ihm aufgenommen. Die Stimmen wollen ihn und seine Familie umbringen.

Wir haben es zu tun mit einem Patienten, der im 37. Lebensjahr an einem Depressionszustand erkrankte. Während der beinahe 3jährigen Beobachtungszeit sind fast ständig akustische Halluzinationen nachweisbar, welche sich

allmählich immer deutlicher machen. Er bezieht die Stimmen, die er hört, mittelbar auf eine bestimmte Person, der er die Absicht zuschreibt, ihn zu verderben. Die Stimmen greifen ein in sein tägliches Leben. Es ist nicht sicher, inwieweit die erste anonyme Anzeige, die ihn dienstlich schädigte, auf Stimmen zu beziehen ist. Die Gehorsamsverweigerung, welche der unmittelbare Anlaß zu seiner letzten Aufnahme in die Klinik ist, kann einwandfrei auf wahnbedingte Motive zurückgeführt werden. Neben diesen Erscheinungen findet sich eine zweite Reihe von relativ selbständiger Bedeutung. Der Patient fühlt sich in seiner Gesamtpersönlichkeit entscheidend verändert, er klagt über gemütliche Abstumpfung und Interesselosigkeit. Anderenteils erfolgt eine außerordentlich tiefe gemütliche Reaktion auf die vermutete Verfolgung. Die Schilderung gibt nur zum Teil den unmittelbaren Eindruck des schweren Leidens wieder den der Kranke bietet. Bisweilen ist man sogar über eine gewisse Neigung zu besonders weittragenden Ausdrücken erstaunt, man gewinnt den Eindruck eines liebevollen Sichversenkens in das eigene Leid. Dazu müssen vermerkt werden die gemütliche Labilität und die Reizbarkeit. Schließlich lege ich darauf Gewicht, daß die Erkrankung unmittelbar anschließt an den Ärger über angebliche Zurücksetzung im Dienste. Auch der Wahn selbst richtet sich auf Persönlichkeiten, welche in Zusammenhang gebracht werden könnten mit dieser Zurücksetzung.

Die gleichen Fragen, wie bei dem vorangehenden Fall erheben sich auch hier. Die Möglichkeit einer primären Depression ist gegeben. Sie erscheint jedoch als unwahrscheinlich. Auch hier wird die Annahme eines reaktiven paranoiden Systemes die nächstliegenste sein. Die Möglichkeit eines organischen Prozesses behalten wir im Auge. Eine definitive Entscheidung nach der einen der anderen Richtung ist kaum zu treffen. Wieder heben wir hervor, in welcher Weise das Individuum auf sein Wahnsystem reagiert: Es reagiert so, wie ein depressiv Veranlagter auf ein trauriges Ereignis von schwerwiegender Bedeutung reagieren würde. Die besondere Richtung dieser Depression geht dahin, daß sich das Individuum in seiner Persönlichkeit verändert fühlt.

Versuchen wir nun, unsere beiden Beobachtungen zusammenfassend, zu dem eigentlichen Kern der Erscheinungen vorzudringen, so ist zu sagen: Es gibt Symptomenkomplexe, in denen neben einer wahnhaften Verfälschung der Außenwelt Veränderungen des Persönlichkeitsbewußtseins beobachtet werden. Die wahrscheinlichste Auffassung, die sich anbietet, ist wenigstens für unsere Fälle diejenige, daß in dem Individuum eine Konstitution gegeben ist, welche einesteils wahnhafte Umbildungen begünstigt, anderenteils zu Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins neigt. Doch erscheint die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß die Wahngebilde auf einen fortschreitenden Prozeß zu beziehen seien, eine Hirnkrankheit im engeren Sinne (endogener Verblödungsprozeß). Eine Auffassung, welche auch die depressiven Momente auf den Prozeß in diesem Sinne beziehen würde, erscheint unwahrscheinlich. Wiewohl auch gegen diese ein strikter Gegenbeweis nicht geführt werden kann. Das Ziel der mitgeteilten Krankengeschichten und Erwägungen ist nur, auf einen bestimmten allo-autopsychischen Symptomenkomplex aufmerksam zu machen. Die definitive klinische und psychologische Deutung desselben konnte nicht einmal versucht werden.

Zur Psychopathologie der Melancholie.

Fall 16. Marie K., 27 Jahre. Die Mutter der Patientin ist geisteskrank, war in der hiesigen Klinik. Es lag ein seniler Zustand vor. Zwei Geschwister sind gesund, Großeltern, soweit zu eruieren, nicht geisteskrank. Die Patientin hat sich als Kind normal entwickelt, lernte gut und leicht in der Schule, lernte dann Schneidern, war immer sehr fleißig und tüchtig, nie ernsthaft krank. Sie ist seit drei Jahren verheiratet. Der Ehemann hat niemals etwas Krankhaftes bemerkt. Im Dezember 1912 bekam sie das erste Kind. Die Entbindung war schwer (Zange). Sie konnte nach der Entbindung tagelang nicht schlafen. In den ersten 14 Tagen interessierte sie sich noch für ihr Kind, allmählich verlor sie jedoch das Interesse daran. Sie stillte das Kind nur 14 Tage, dann versiegte die Milch. Anfang Januar 1913 fing sie an sich unnütz zu fühlen, sie könne für das Kind nicht weiter denken, wisse nicht, wie es in der Zukunft werden solle. Es traten Selbstmordgedanken auf (etwa drei Wochen vor der Aufnahme). Sie fand aber nicht den richtigen Mut dazu. Sie läßt sich von ihrem Manne hierher bringen, um hier vergiftet zu werden. In der Zeit vor der Aufnahme aß sie schlecht, dem Manne war die gemütliche Abstumpfung aufgefallen.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 27. Juni 1913 ist der körperliche Befund im wesentlichen negativ. Den psychischen referiere ich im Zusammenhang, da wesentliche Änderungen im Zustand bis zum Oktober 1913 nicht eintraten. Sie erwies sich stets als geordnet und orientiert. Halluzinationen waren während der gesamten Zeit nicht nachweisbar. Sie macht einen traurigen in sich versunkenen Eindruck. Sie starrt mit weit geöffneten Augen ins Leere, die Mundwinkel sind gesenkt. Gleichwohl kann man von einer schweren objektiven Hemmung nicht sprechen. Sie antwortet prompt, wenn sie gefragt wird, bringt sogar bisweilen spontan Klagen und Beschwerden vor. Ihre Mimik folgt den Wendungen des Gesprächs, allerdings herrscht der Ausdruck der Trauer vor, doch entspricht dies auch dem Inhalt dessen, was vorgebracht wird. Ihre Hände zeigen gleichfalls dem Inhalt des Gesprochenen entsprechende Ausdrucksbewegungen. Sie hat allerdings spontan nicht die Neigung sich zu beschäftigen. Zeitweise arbeitet sie jedoch regelmäßig bei der Hausarbeit mit und beschäftigt sich mit Stickereien. Im ganzen ist sie doch schwerer ansprechbar als die Depersonalisations-Kranken.

Sie spricht nicht gerade leise: „Ich bin nicht körperlich krank, ich weiß nur, daß ich nie weiter kann innerlich, es kann mir auch kein Mensch helfen . . . . Ich habe geheiratet, vorher habe ich nie etwas gemacht, nur Einzelnes. Da habe ich nach der Geburt des kleinen Kindes bemerkt, daß ich alles nicht so begreifen kann, wie es die Mutter machte. Da mußte ich erst denken, vorher brauchte ich nie zu denken." Sie bekam das Kind am 3. Dezember, sie sagte dem kleinen Kind, „ich bin blödsinnig, ich kann nicht weiter." Wenn sie allein sei, könne sie leben. Es ist ihr zu Mute, wie wenn sie nichts mehr anfassen könnte, es sei doch besser, wenn sie von der Welt ginge, sie sei den andern nur zur Last. Sie bittet um Gift.

Als sie gefragt wird, ob sie denn traurig sei, weint sie, und sagt: „Ich habe überhaupt keine Gedanken, ich kann nicht nach Hause denken und gar nichts . . . . . ich möchte auch so sein wie andere Menschen." Die anderen Menschen könnten sorgen und schaffen, was sie nicht könnte. Früher war sie für sich allein, da habe sie es nicht gemerkt. „Ich fürchte mich auch vor dem kleinen Kind, ich will auch lieber arbeiten, aber man sollte mich allein lassen. Ich weiß auch nicht, ich sage eben, ich bin kein Mensch, ich kann nie wieder anders sein, das weiß ich auch." Zum Lachen ist sie, wenn sie darauf achtet, nicht zu bringen; doch stimmt sie auf der Station gelegentlich in das Lachen anderer ein. Bei der Frage, ob sie gegenüber Mann und Kindern Zuneigung empfinde, erhält man meist nur ausweichende Antworten: sie könne nicht denken. Gelegentlich sagt sie: „Ja, ich habe alle Menschen lieb, wenn sie mich nur sterben ließen; meinetwegen können andere alles haben."

„Ich kann gar nicht denken, daß ich einen Mann habe. Ich sage ihm auch: Wenn du Sonntag fort bist, dann weiß ich nicht, daß du dagewesen bist, wenn du das Zimmer verlassen hast." Als sie aufgefordert wird sich die Gesichtszüge ihres Mannes vorzustellen, gibt sie eine ziemliche detailarme Schilderung. Weiß, daß er schwarz ist, die Augen seien schwarz, er sei etwa so groß wie der Referent. Bei Fragen jeder Art, gleitet sie auf das ab, was sie interessiert. So auch, als sie nach ihrer Fähigkeit vorzustellen gefragt wird, „Ja, wenn ich die Wirtschaft mache, wenn die Stube ausgekehrt wird, dann weiß ich nicht, was dann gemacht werden muß." Sie will bloß trockenes Brot essen, weil sie nichts verdiene, weil sie keine Wirtschaft machen kann. Sie will für sich allein sein und nicht auf die Straße gehen.

Ihr objektiven Denkleistungen sind dann zufriedenstellend, wenn sie nicht auf ihre Ideen eingestellt ist. „In der Schule habe ich alles gewußt, wenn ich gefragt wurde, aber ich begreife nicht alleine, ich konnte auch die Wirtschaft nicht allein machen." Als ihr die „Sterntaler" vorgelesen werden, sagt sie schon zu Beginn, sie würde nichts behalten können, in der Tat kann sie nichts reproduzieren. Sie könne auch mit niemanden sprechen. „Vielleicht bin ich verflucht."

Die Angehörigen sollten nicht kommen, sie könne nichts für sie empfinden, sie könne nicht freundlich sein wie ein Mensch, „Ich kann bloß reden, aber nichts begreifen." Sie könne auch das kleine Kind nicht begreifen. Sie könne sich überhaupt nicht freuen, sie könne nie mehr glücklich sein, weil sie nicht waschen und kochen könne.

Weder Trauriges noch Freudiges könne sie sich vorstellen. (Ihre Angaben über diesen Punkt wechseln.) Hingegen gibt sie an, daß sie gesehene Gegenstände vorstellen könne, auch ihren Mann.

Es muß wieder bemerkt werden, daß sie in bezug auf ihre Krankheit stets gesprächig ist.

Assoziationsversuche wurden zweimal mit ihr vorgenommen. Das erste Mal am 31. August:

Unglück	Glück 2".
Verbrechen	Was soll ich denn darauf sagen.
Absicht	Es fällt mir nichts ein.

Das zweite Mal war der Versuch ergiebiger:

Fisch	zuckt zunächst die Achseln. Nach nochmaliger Ermahnung sagt sie „Wasser". Sie habe es nicht in Bildern vor sich gehabt, sondern nur gedacht. Als sie mit den Achseln zuckte, dachte sie, ich weiß es nicht, meint schließlich ich kann wohl reden aber nicht begreifen."
Schlange	Wald 6". Sahen Sie den Wald vor sich? „Nein". Dachten Sie an eine frühere Situation? Nein, ich dachte, sie könnte im Walde sein.
Wald	Bäume 6". Die introspektiven Angaben sind ähnlich.
Berlin	Ist eine Stadt $3^1/_2$".
Sonne	Am Himmel $4^2/_5$".
rot	Farbe $2^4/_5$".
gehen	Das weiß ich nicht.
schön	häßlich $2^1/_5$".
tot	lebend $2^4/_5$".
Krankheit	Gesundheit 5".
tanzen	springen 3".
Hochzeit	Fest $3^1/_5$".
Gift	tot $8^3/_5$" dazwischen Achselzucken.
Sünde	weiß ich nicht. Es falle ihr nichts dabei ein.
Armut	Reichtum $2^1/_5$".
Kaiser	König $2^1/_5$".
schlecht	recht $2^4/_5$".
Fisch	Wasser $2^4/_5$".

Meint dazwischen auch, wenn sie es sage, könne sie dabei nicht denken.

Sonne	Ist am Himmel $3^4/_5$".
tot	leben $2^1/_5$".
tanzen	springen $2^1/_5$".
Gift	tot $3^1/_5$".
Sünde	Weiß ich nichts darauf.
denken	Weiß ich nicht, was ich darauf sagen soll.
Kind	Mann $2^4/_5$".
Arbeit	Beschäftigung $10^2/_5$".

Auf Frage meint sie, das ist mir nur so eingefallen.
Wirtschaft . . . . . Was soll ich darauf sagen.
Baum . . . . . Wald $3^1/_2$".
Sünde . . . . . Gibt keine Antwort.

Sie klagt hierbei spontan, sie sehe wohl, sehe die Bäume, aber sie denke nicht.

Versündigungsideen sind nicht nachweisbar. „Ich habe nie etwas Schlechtes getan." Sie äußert häufig den Wunsch zu sterben und verlangt nach Gift. Verarmungsideen hat sie nicht.

Klagen über körperliche Beschwerden werden nicht geäußert. Sie versichert auf Fragen, daß sie deutlich wahrnehme und höre. Das Gefühl des Traumhaften wird abgelehnt. Zwangsvorstellungen bestehen nicht. Sie versichert, immer zu wissen, daß sie nie wieder gesund würde. Einmal bittet sie um eine Röntgenaufnahme des Schädels, um zu beweisen, daß sie abnormal sei. Keine Klagen über körperliche Mattigkeit. Wie erwähnt, fehlt schwere objektive Hemmung dauernd.

Fassen wir das Wesentliche der Beobachtung kurz zusammen, so stellt sich das klinische Bild so dar, daß im unmittelbaren Anschluß an die Geburt des ersten Kindes ein Depressionszustand eintritt, der bis jetzt bereits $^3/_4$ Jahre anhält. Beherrscht wird das Zustandsbild von Klagen über Hemmung des Denkens. Die Patientin glaubt geistig unfähig zu sein, ihre Wirtschaft zu führen. Gefühlshemmung wird von der Patientin angegeben, doch betrachtet sie selbst die Gefühlshemmung als sekundär. Es ist bemerkenswert, daß die Gefühlshemmung sich auf höhere ethische Gefühle nur teilweise erstreckt. Hypochondrische Klagen werden nicht registriert. Die Patientin glaubt ihre Persönlichkeit durch die Krankheit nicht verändert und gibt an, ihre Unfähigkeit sei erst nach der Geburt des Kindes zutage getreten. Gleichwohl schätzt sie die geistige Unfähigkeit so hoch ein, daß sie behauptet, kein Mensch zu sein. Welche Bedeutung kommt den Klagen der Patientin über Denkhemmung zu? Man kann nur sagen, das intellektuelle Durchschnittsmaß wird von der Patientin erreicht. Die allgemeine Verlangsamung in den Antworten ist geringfügig. Wir verweisen auf den Assoziationsversuch, der in diesem Falle durchsichtig ist. Die Assoziationen erfolgen dann in annähernd normaler Zeit, wenn die Patientin nicht auf ihre Hemmung eingestellt ist. Eine abnorme Determination des Denkens auf das eigene Innenleben liegt zweifellos vor. Ich komme also zu dem Resultate, daß die Denkhemmung, welche unsere Patientin bietet, Elemente enthält, welche der der Depersonalisierten nahestehen. Man kann sich jedoch bei ihr des Eindrucks nicht erwehren, daß eine geringe objektive Hemmung stets zurückbleibt. Es kommt wohl noch etwas Neues hinzu.

Wir werden uns nicht wundern, auf anderen Gebieten des Seelischen Ähnliches anzutreffen. Das Versagen des Gedächtnisses bei direkt geforderten Leistungen (Nacherzählung einer Geschichte) während das Gedächtnis erhalten ist, wenn nicht ausdrücklich Einprägung verlangt wurde: Sie weiß den Namen ihrer Mitpatienten, der Ärzte etc., erinnert uns wieder an die Störung, die wir bei der Depersonalisation angetroffen haben.

Wir treffen auch auf dem Gebiete des Gefühlslebens Identisches. Auch hier haben wir Grund anzunehmen, daß nicht Affektlosigkeit vorhanden ist, wie uns die Patientin glauben machen will. Auch hier haben wir Gefühle vor uns, denen aus einer anderen Schichte widersprochen wird. Nur beherrscht in diesem Falle Traurigkeit in weitaus höherem Grade das Bild wie bei der Depersonalisation. Meines Erachtens liegt vor eine Entfremdung des Traurigkeitsgefühles.

Schließlich ist hervorzuheben, daß die Entfremdung der Gefühle und des Denkens nicht genügen, um den Eindruck einer Veränderung des Selbstbewußtseins bei der Patientin selbst hervorzurufen.

Es ist selbstverständlich nicht möglich, auf Grund des spärlichen Beobachtungsmaterials, das mir zu Gebote steht, eine psychologische Theorie derartiger Zustände aufzustellen. Immerhin glaube ich auf folgendes hinweisen zu können: Das Gefühl der Trauer beherrscht die Patientin in ganz anderer Weise als die Depersonalisierten. Die Trauer ist eine starrere und unbeugsamere. Ich bin geneigt, die geringe objektive Hemmung mit dieser Trauer in Verbindung zu setzen, muß aber gleichzeitig einschränkend hinzufügen, es gibt meines Erachtens sehr viele deskriptiv geschiedene Erlebnisse der Trauer. Eine dieser Formen trifft man mit Hemmungen vergesellschaftet an. Die Hemmung von der Trauer abzuleiten, liegt ebensowenig genügende Berechtigung vor, wie für das umgekehrte Vorgehen. Ich glaube, im Gegensatz zu diesen Kranken sind die Depersonalisierten nur so traurig, wie lax ausgedrückt, ein Normaler in der gleichen Situation.

Von dieser Patientin wird trotz der sehr erheblichen Störungen auf dem Gefühlsgebiete und in den Denkerlebnissen von einer Persönlichkeitsänderung nicht gesprochen. Der Affekt fälscht ihre Vergangenheit. Man sieht, wie wesentlich für die Depersonalisation der stetige Vergleich von Gegenwart und Vergangenheit ist. Wenn man es paradox ausdrücken wollte, müßte man sagen, bei dieser Patientin besteht neben der Störung des Selbstbewußtseins eine Täuschung über die vorangegangene Persönlichkeit (Störung des Persönlichkeitsbewußtseins). Und diese beiden Störungen, die des Selbstbewußtseins und die des Persönlichkeitsbewußtseins heben sich bis zu einem gewissen Grade auf. Zweifellos ist die objektive Persönlichkeit in diesen Fällen stärker beeinträchtigt.

Um auch das noch klarzustellen: Das, „ich bin kein Mensch mehr" dieser Patientin, hat mehr die Bedeutung eines moralischen Werturteils als einer psychologischen Konstatierung.

Die klinische Diagnose des Falles stößt auf keine Schwierigkeiten, die Beobachtung gehört dem manisch-depressierten Irresein an.

Es seien noch kurz zwei Melancholiebeobachtungen mitgeteilt. In beiden keine Entfremdung der Außenwelt trotz der Gefühlshemmung.

Fall 17. Eleonore P., 31 Jahre, klagt über Angstgefühl und Herzklopfen. Schon mehrere Monate vor der Aufnahme dachte sie, sie könne ihre Kinder nicht erziehen. Sei bisweilen wie im Traum, sei unfähig ihre Pflicht zu tun, trage sich mit Selbstmordgedanken. Selbstvorwürfe: sie sorge nicht für die Kinder. Ißt nicht. Sechs Geburten, zwei Kinder gestorben. Keine Nervenkrankheiten in der Familie.

Die Untersuchung ergibt: Gezwungen lächelnd, ängstliche Verlegenheitsbewegungen, sie habe Angst, bilde sich ein, nicht leben zu können. Ängstigt sich, was aus den Kindern werden soll. Sie hat sich Vorwürfe wegen der Kinder zu machen. Sie sei sehr traurig, sie könne nicht mehr so Liebe zu ihrem Mann fühlen. Auch gegen ihre Kinder sei sie gleichgültig geworden, sie müsse sich darüber Vorwürfe machen. Es sei sehr quälend, daß die Gedanken manchmal ausblieben. „Beim Arbeiten ist mir, als wären die Hände gebunden." Sie schiebt es auf die feuchte Wohnung. „Ich war früher ganz anders, viel lebenslustiger." Objektive Hemmung eben merkbar.

Fall 18. Margarete R., 23 Jahre alt. Sie klagt, sie sei schon seit langer Zeit schwermütig, verspüre Angst und Unruhe, sei kurz von Gedanken. Sie hat ein schweres Gefühl in der Magengegend. Sie hat Selbstmordideen. Sie fürchtet nach der Heirat (sie ist verlobt) nicht alles besorgen zu können. Sie lernt jetzt Schneidern. „Ich kann gar keine Freude empfinden und auch keinen Schmerz, das ist alles so gleichgültig in mir. So richtig lieb haben

kann ich gar niemand, es ist mir alles so gleichgültig." Das ganze bestünde seit einem Vierteljahr, sie empfindet das schmerzhaft. Sie fühlt sich dadurch verändert. Sie zeigt einen sehr geringen Grad objektiver Hemmung. Nach den Angaben der Mutter stets etwas still und mehr für sich, 5 Geschwister sind gesund, die Mutter ist zeitweise für Tage schwermütig. Die Schwester der Mutter ist schwermütig und traurig, angeblich wegen körperlichen Leidens.

Entsprechend dem richtigen Urteil über die Vergangenheit konstatieren beide zuletzt angeführte Patientinnen eine Veränderung ihres Ich. Gegenüber der Änderung der Depersonalisation scheint es mir charakteristisch, daß der ständige Zwang des Vergleiches von früher und jetzt nicht so sehr hervortritt.

Zwischen der subjektiven und objektiven Hemmung besteht in beiden Fällen ein auffallendes Mißverhältnis.

Fall 19. Eduard H., Prof., geb. 1851. Begabt, in angesehener wissenschaftlicher Position. In der Familienanamnese nichts sicher Manisch-Depressives. Hatte mit etwa 20 Jahren seine erste depressive Attacke, wollte sich das Leben nehmen. War ein halbes Jahr interniert. Er war damals aufgeregt, weil er vor Prüfungen stand. Nach der Genesung bestand er seine Prüfungen. Im Jahre 1897 nach vollkommen normaler Zwischenzeit machte er sich wieder Vorwürfe, er habe sich seine Pension und seine Ernennung zum Professor erschwindelt. Er warf sich auch vor, in der Jugend masturbiert zu haben und in Damenkneipen gegangen zu sein. Er war dann ein halbes Jahr in Behandlung, kam ein Jahr darnach wieder in die Anstalt und machte dann schließlich das Archivarexamen; in der Vorbereitungszeit zu diesem war 1897 die Psychose ausgebrochen. Das jetzige Leiden begann plötzlich. Ein Augenleiden machte ihm Besorgnisse. (Ein Auge ist durch Netzhautablösung erblindet, an dem anderen begannen jetzt Erscheinungen.) Er hatte Selbstmordgedanken, machte sich fast mit den gleichen Worten wieder Vorwürfe. Er fürchtete in die Hölle zu kommen. Da er Selbstmordideen äußerte, wurde er am 27. Okt. 1913 der Klinik zugeführt. Während der ganzen Zeit der Erkrankung hatte er gut gegessen. Die Frau gibt an, daß er außerhalb der Erkrankungen nicht zu Stimmungsschwankungen neigte. Er war der Familie und seinem Berufe gegenüber übertrieben gewissenhaft, zu Sorgen geneigt, nahm alles schwer, war Pessimist im Gegensatz zu seinen beiden Geschwistern, die mehr optimistisch veranlagt sind.

Die körperliche Untersuchung ergibt, von dem Augenleiden abgesehen, nichts Bemerkenswertes.

Bei der Aufnahme in die Klinik besteht eine ausgesprochene objektive Hemmung. Er spricht wenig, liegt ruhig da, doch wird die Umgebung beachtet. Die Gesichtszüge zeigen stille Traurigkeit. Auf Fragen betreffs der Selbstanschuldigung bejahende Antwort. Sehr vieles wird überhaupt nicht beantwortet, er seufzt, faßt nach dem Haar oder er beginnt mit also und verstummt dann. Er setzt zum Sprechen an, kommt aber über die Anfangsteile des Satzes meist nicht hinaus. Als ihm zwecks des Assoziationsversuches Worte gesagt werden, erfolgt die Antwort verhältnismäßig prompt. Er bejaht die Frage, als er gefragt wird, ob er bei der Assoziation Fisch-Teich eine Vorstellung gehabt habe. Bisweilen wiederholt er das Reizwort. Dann werden lange Pausen eingeschoben. Er fügt dann fließend mit entsprechender Betonung hinzu: „Ich habe aber in Leipzig eine Zeitschrift herausgegeben und das ist ganz gut gegangen, also muß das Denken doch ganz gut sein."

Auf die Frage, weshalb er in die Klinik gebracht worden sei, sagt er „Ein Vorgang, bei dem meine Frau beteiligt war und der Arzt." Auf eine weitere Frage antwortet er, „um mich vom Selbstmord zu befreien." Er rechnet relativ rasch und prompt. Die Aufforderungen bei der körperlichen Untersuchung werden gleichfalls prompt ausgeführt. Er ißt auch gut. Einige Tage später ist die objektive Hemmung geringer geworden, er spricht freier. Die Mimik ist belebter. Doch übersteigt die objektive Hemmung noch beträchtlich die Hemmung in den vorangehenden Fällen. Er wollte nichts verschweigen, er habe Suizidideen gehabt, doch seien diese unberechtigt gewesen. Er stockt beim Sprechen noch immer. Seine Selbstvorwürfe seien berechtigt, doch habe er seine sexuellen Verfehlungen seiner Frau bereits gebeichtet. Er will schon deswegen nach Hause, weil seine pekuniäre Lage einen derartigen Aufenthalt nicht gestattet. Er hat auch einen entsprechenden Brief nach Hause geschrieben.

Beim Nacherzählen kleiner Geschichten, die ihm vorgelesen werden, versagt er bei der ersten vollkommen. Es ist ihm der Sinn derselben entgangen. Die Erzählung ist „Königin

Adelheid" aus den Grimm'schen deutschen Sagen. Während es sich in der Erzählung darum handelt, daß aus einer belagerten Burg ein reichlich gefüttertes Tier dem Feind in die Hände gespielt wird, um ihn über die Menge in der Burg vorhandenen Lebensmittel zu täuschen, sagt er: „Es handelt sich um Belagerung einer Burg und darum, daß . . . . . es wurde ein Tier gezeigt, mit dem etwas Wunderbares vor sich gegangen war."

Als ihm hierauf eine weitere kleine Geschichte vorgelesen wird, „Der Liebenbach", gibt er diese fast wörtlich genau wieder. „Es handelt sich um die Stadt Spangenberg, dort gibt es ein Wasser vom nahen Berge. Es war einem Liebespaar als Bedingung zur Heirat gestellt worden, daß es das Wasser vom Berg herüberleite, damit die Stadt gutes Trinkwasser bekomme. Sie arbeiteten 40 Jahre und starben in demselben Augenblick, als die Leitung fertig war."

Es werden ihm hierauf die apokalyptischen Reiter von Cornelius in der Reproduktion des Kunstwarts zwei Minuten lang vorgelegt. Er gibt nachher folgende Beschreibung: Es sind drei Reiter gekennzeichnet, der eine hat einen Pfeil, der andere eine Urne und ein Schwert, der dritte ist wohl der Todesengel. Er reitet über eine Anzahl von Menschen, diese suchen sich der Pferde zu erwehren. Auf Drängen gibt er noch das Detail an: Eine Frau hebt die Hand zum Schutze gegen einen Pferdefuß. Den Sinn des Bildes faßt er auf: Schreck der Menschen gegenüber irgendwelchen über sie hereinstürmenden Mächten.

Als ihm gesagt wird, die Verstandestätigkeit sei gut, meint er: dann ist es also wohl Schlechtigkeit gewesen, später dann bin ich also doch die Sorge für meinen Verstand los. Am nächsten Tage gesteht er dann, er habe nachts Selbstmordversuche unternommen.

Am 1. November ist die objektive Hemmung noch deutlich, aber geringfügiger als bei der Aufnahme. Er gibt an, als er kam hätte er sich am liebsten auf die Schienen geworfen. Auch in der Klinik hatte er noch Suizidideen.

Bei der ersten Attacke stand er vor dem Examen und mußte sich auch wegen der Masturbation Vorwürfe machen. Jetzt sei er kaputt. Er müsse wegen seiner Ideen an seinem Verstande zweifeln.

Er sei gar nicht weiter gekommen in der Zeit, wo er in der Klinik sei. Die Gedanken bedrückten ihn noch immer. Er wünscht ins Irrenhaus zu kommen, damit die Kinder noch etwas übrig behalten. Die Selbstmordgedanken drängten sich noch immer auf. Wahrscheinlich würde er, wenn man ihn nach dem Inhalt seines Buches fragte, dieses nicht wissen.

Der Assoziationsversuch ergibt folgende Resultate.

Sonne	Schein $2^2/_5$".
Mond	Schein $3^2/_5$".
	„Ich habe dabei an einen Mond gedacht wie er an dem Himmel erscheint."
Wiese	wachs $2^2/_5$".
	Er dachte dabei an archivalische Quellen, in denen viel von Wiese . . . . . wachs die Rede sei.
Tanzen	macht Freude $10^3/_5$".
	Ein Wort fand ich nicht. Ich dachte an ein Tanzlokal aus meiner Kinderzeit.
Hochzeit	Freude 6".
	Ich dachte an eine bestimmte Hochzeit.
Schlange	Biß $1^3/_5$".
Hund	Katze $2^1/_5$".
springen	und laufen macht turnen.
weinen	hab ich verschuldet 7".
Schmerz	tut weh $13^2/_5$".
Gift	soll man nicht nehmen 3".
tanzen	konnte ich in meiner Jugend 6".
Sterne	stehen am Himmel $2^1/_5$".
Licht	steht vor meinen Augen $2^2/_5$".
grün	tut den Augen gut $3^1/_5$".
schwarz	ist mein linkes Auge zum Teil $3^1/_5$".
Heimat	ist für mich Dresden 7".

Es wird nun die Instruktion wiederholt, möglichst rasch mit dem auftauchenden Worte zu antworten.

gelb . . . . . ist eine Farbe die den Augen schädlich ist 4".
Montag . . . . . Essen $2^1/_5$".
trinken . . . . . Bier $3^1/_5$".
Himmel . . . . . blau $1^1/_5$".
grün . . . . . ist die Farbe der Hoffnung 5".

Er sagt auf Frage „Es wird wohl dasselbe sein wie früher".

Der Fall ist eine banale Beobachtung von Melancholie mit Selbstanklagen, Versündigungsideen und objektiver Hemmungen. Diese geht weit hinaus über das, was die übrigen hier angeführten Fälle von Melancholie boten. Keine subjektive Hemmung. Man beachte den Assoziationsversuch und vergleiche ihn mit den der Patientin Marie K. Bei dieser sind in auffälliger Weise die Resultate am Beginn der Prüfung besonders schlecht. Bei dem vorliegenden Falle ist ein derartiger Unterschied nicht erweisbar. Bei der Patientin Marie K. sind es ausgesprochene Komplexworte bei denen, nachdem die Anfangsschwierigkeiten überwunden sind, die Veränderungen der Reaktionszeit eintreten, eine derartige Beziehung ist im vorliegenden Falle gleichfalls nicht vorhanden. Also auch so gewinnt man den Eindruck, daß die abnormen Einstellungen bei der subjektiven Hemmung von wesentlicherer Bedeutung sind, während bei der objektiven Hemmung andere direktere Faktoren die Verschlechterung der Leistung verursachen. Doch müssen hier ausgedehnte Untersuchungen einsetzen.

Unsere kleine Kasuistik führt zu einer Reihe von Fragestellungen ohne sie definitiv zu beantworten. Daß die Insuffizienzgefühle der Melancholiker identisch sind mit denen der Depersonalisierten geht schon daraus hervor, daß wir den vollständigen Symptomenkomplex der Depersonalisation im Rahmen dieser depressiven Zustände antrafen. Es gibt also bei den Melancholischen eine subjektive Hemmung, die identisch ist mit derjenigen, welche wir analysiert haben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle tritt im Rahmen der depressiven Zustände nicht der vollständige Symptomenkomplex auf, sondern nur Bruchstücke desselben. Die Berechtigung, auch diese in der gleichen Weise zu deuten, können wir schon den Angaben der Literatur entnehmen, in denen die Fälle mit einzelnen Symptomen subjektiver Hemmung nicht geschieden werden von den Krishaberschen Fällen. Ich verweise nur auf die Angaben von Seglas, Marie und Vallon, Kraepelin, Wilmanns, Römheld.[1]) Auch die Schilderungen, die man bei Falret, Griesinger, Cotard und anderen antrifft, sind nur dazu geeignet uns in dieser Meinung zu bestärken. Schließlich sind hier die Beobachtungen von Schäfer, Esquirol und Leuret zu erwähnen.

Wir beziehen uns zunächst nur auf diejenigen Fälle, in denen nur subjektive und keine objektive Hemmung vorhanden ist. Es müssen Klagen über Insuffizenz des Denkens natürlich dann anders bewertet werden, wenn tatsächlich objektive Störungen vorhanden sind. Man wird auch dann wieder unterscheiden müssen zwischen denjenigen Fällen, in denen die Klagen nur eine adäquate Wiedergabe der objektiven Störungen sind, und denen, in welchen die Klagen beträchtlich über das objektiv Nachweisbare hinausgehen.

[1]) Auch Hoches Arbeit ist heranzuziehen.

Zunächst ergibt sich aus unserer Kasuistik folgendes. Die Fälle 16—18, die objektiv nur sehr wenig gehemmt sind, sind subjektiv viel stärker gehemmt, als Fall 19, dessen objektive Hemmung die beträchtlichere ist. Also auch hieraus ergibt sich wieder eine weitgehende Unabhängigkeit der objektiven Hemmung von der subjektiven. Es muß nun gesagt werden, die objektive Hemmung, welche in den ersten drei Fällen nachweisbar ist, ist nicht derartig, daß sie ein ausreichendes Substrat der Klagen der Patienten darstellen würde. Nach den Prüfungen, die wir angestellt haben, kann man nicht sagen, daß die Patientin Marie in der Tat unfähig ist, auch für das Kind zu denken. Es stellt sich uns der Tatbestand also in der Weise dar, daß sich das Individuum in einen auch objektiv verschlechterten Gedanken nicht voll hineinzuversetzen vermag. Es liegen also meines Erachtens zwei voneinander unabhängige Mechanismen vor, 1. die Hemmung des Gedankens und 2. die Entfremdung des gehemmten Gedankens.

Eine größere Beachtung verdient diese Möglichkeit auf dem Gebiete des Affektlebens. Niemand kann sich, wenn er derartige Kranke untersucht, dem Eindrucke entziehen, daß sie tatsächlich unter einer tieftraurigen Affektlage leiden. Auch dieser pathologische Affekt der Traurigkeit wird entfremdet. Ich glaube, daß ich bezüglich der Analysen auf die Entfremdung der Affekte in der Depersonalisation verweisen kann. Es besteht also gar nicht ein vollständiger Mangel des Gefühles bei den meisten derjenigen Melancholiker, welche darüber klagen. Es entzieht sich meiner Beurteilung, ob es tatsächlich Fälle gibt, in denen die Affekte geschwunden sind. Man könnte immerhin für die schweren Stuporformen eine derartige Annahme machen. Es klagen aber die Patienten dann vermutlich auch nicht darüber, daß sie keinen Affekt haben und die Mimik wird vermutlich auch nicht jene Affektreaktionen zeigen, die wir bei unserem Materiale sahen. Die Klagen über Gefühlshemmungen bei Melancholikern haben also meines Erachtens nichts zu tun mit einem wirklichen Gefühlsmangel. Es ist das eine Ansicht, die auch von Escudié und nach diesem auch von Regis vertreten wird.

Masselon, der sonst einen anderen Standpunkt vertritt als den, den ich ich hier vertrete, wendet sich meines Erachtens mit Recht gegen die Annahme, die Vorstellungsbilder seien geschwunden, wenn die Patienten über den Mangel an Vorstellungsvermögen klagen. (Hierzu ist zu vergleichen, daß Cotard zwei Fälle von Angstmelancholie beobachtet hat, in denen das optische Vorstellungsvermögen „verloren" gegangen war. Lemos bringt eine neue hierher gehörige Angabe.) Masselon spricht von einer Abschwächung der Vorstellungsbilder. Diese Umschreibung des Tatbestandes scheint mir nicht richtig zu sein. Die Stärke und Schwäche der Vorstellungsbilder ist, in weitem Sinne, für ihren Vollzug belanglos. Es sind Störungen des vollen gegenständlichen Erfassens, wie wir sie oben des näheren analysiert haben.

So viel über die subjektive Hemmung der Melancholischen. Wir fragen nun, ob sie weitere Störungen zu erklären vermag. Hier muß nun hervorgehoben werden, daß die Mehrzahl der Depersonalisierten, trotz des höchsten Grades subjektiver Hemmung, keine Weiterbildung im Sinne von Versündigungsideen oder Wahnideen zeigt. Es sind also derartige an sich denkbare Zusammenhänge empirisch nicht nachzuweisen.

Der Zusammenhang der objektiven Hemmung mit Versündigungsideen scheint mir gleichfalls kein eindeutiger zu sein. Ich kenne wenigstens aus

eigener Beobachtung Fälle, in denen Versündigungsideen dominierten, ohne daß objektive Hemmung nachweisbar war.

Schließlich bleibt noch die Frage nach dem Zusammenhang von Trauer und objektiver Hemmung und Versündigungsideen. Ich möchte auf diese Frage erst dann näher eingehen, wenn ein genügend großes exakt untersuchtes Material vorliegt. Ich kann mich auch hier des Eindrucks nicht entziehen, daß man vielfach die Verständlichkeit psychischer Zusammenhänge verwechselt hat mit ihren tatsächlichen Bestehen. Wir müssen überhaupt die Frage aufwerfen, welchen Sinn es hat zu sagen, Trauer ruft Hemmung hervor. Das, was wir konstatieren können, ist immer nur das, daß beide Zustände gleichzeitig oder knapp hintereinander nachweisbar sind. Anderenteils kennt man eben Zustände, wo jedes dieser Elemente isoliert auftritt. Man wird sich sagen müssen, es gibt eine Trauer, welche deskriptiv verbunden ist mit Hemmung und eine solche, welche diese Verbindung nicht eingeht. Es ist ein deskriptives Problem, ob sich die Art dieser Trauer differenzieren läßt. Die gleichen Fragestellungen ergeben sich bezüglich der Angst. Es ist der Vulgärpsychologie entschieden richtiger gelungen, das Tatsächliche zu sehen als Specht, welcher von einer Mischung manischer und depressiver Symptome spricht. Mit dieser Bezeichnung ist natürlich psychologisch gar nichts gewonnen.

Es soll in diesen Zeilen vorwiegend auf die dringende Notwendigkeit aufmerksam gemacht werden, ein großes deskriptives Material zu verarbeiten, bevor man zu einer Theorie der Melancholie schreitet. Anfänge hierzu liegen in der Arbeit von Masselon vor, der jedoch eine zu kleine Anzahl von Fällen verwertet hat. Unsere eigenen Untersuchungen konnten nur die subjektive Hemmung in etwas eingehenderer Weise betrachten. Als vorläufiges Resultat ergab sich uns im übrigen eine weitgehende Unabhängigkeit der einzelnen Teilsymptome der Melancholie, eine Unabhängigkeit zwischen subjektiver und objektiver Hemmung und eine gewisse Selbständigkeit der Versündigungsideen. Es werden uns sämtliche hierher gehörigen Fragen noch einmal bei der Besprechung des Delire de négation beschäftigen.

Anhang.

Und nun noch einen weiteren Fall. Die Zugehörigkeit zur Melancholie ist unwahrscheinlich. Manches spricht für einen organischen Verblödungsprozeß. Der Fall wird mitgeteilt, um unsere Ausführungen vor Einseitigkeit zu bewahren. Wir haben im vorangehenden betont, daß die Erscheinung der Entfremdung der Vorstellungen und der Wirklichkeit häufig etwas Angstvolles in sich schließt. Auch die Beobachtungen von Löwenfeld und Strohmayer müssen hier herangezogen werden (siehe auch Böttiger). Hier sei noch verwiesen darauf, daß verschiedene Arten des Angsterlebens ein verschiedenes gegenständliches Moment der Wirklichkeit hinzufügen. Man sehe, wie sich eine ängstliche Ratlosigkeit in dem jetzt folgenden Falle über die Dinge breitet. Es ist eine elementare Angst, die mit dem eigenartigen Erleben der Depersonalisierten nicht verglichen werden darf.

Fall 20. Karl Alfred T., Obersteuerkontrolleur, geb. 1864. Zum erstenmal in der Klinik am 9. Mai 1913. Er hatte Konflikt mit einem Unterbeamten und macht sich Vorwürfe dabei nicht richtig vorgegangen zu sein, insbesonders auch, daß er einen Vorgesetzten durch sein Benehmen bloßgestellt habe. Dabei bestehen ängstliche Befürchtungen, er stehe

vielleicht deswegen unter Polizeiaufsicht. Die Klinik sei wohl ein Gefängnis. Er zeigt ein ängstlich gedrücktes Wesen. Es spielt in die ganze Situation hinein, daß er sich Sorgen macht wegen mißlicher Vermögensverhältnisse und wegen Schulden, die seine etwas leichtsinnige Frau vor mehreren Jahren kontrahiert hatte. Wiewohl die Sache längst ausgeglichen ist, wurde sie von seinem Unterbeamten zur Sprache gebracht und er fürchtet wiederum für das Ansehen seiner Familie. Nach kurzer Zeit ist dieser ganze ängstlich deprimierte Zustand geschwunden und er wird nach Hause entlassen. Wassermann negativ.

Er kommt wieder am 29. Juli 1913 in ängstlich verworrenem Zustand. Nachts sucht er den Pfleger zu würgen, ist am nächsten Tage ängstlich gehemmt, schrickt zeitweise zusammen. Er gibt an, Angst zu haben wegen seiner Frau. Er hat Angst, daß sie sterben muß. Er hört Stimmen, die seinen Namen rufen. Die Stimmen schimpfen auch „Homosexueller". Dann kam unten an der Fußspitze eine Kugel heraus. Die Stimmen gehen wohl von einem geheimnisvollen Kloster aus, wo Stimmen gemacht werden. Böses habe er nicht begangen. Mustert mißtrauisch die Umgebung, weicht zurück, wenn man in seine Nähe kommt.

Auch in der nächsten Zeit halluziniert er lebhaft. Er macht einen ängstlich ratlosen Eindruck. Es war ihm als wäre im Bette etwas passiert. Als er in G. war, stand auf einer Stelle „Marie tot". Als er wieder in die Klinik kam, war es, als wenn er in einem Krematorium wäre, dann war es wieder anders. Er dachte, es würde etwas verbrochen. Er glaubte, daß Blasen an die Hände durch Kreuzotterngift gekommen seien. Während der Untersuchung ängstlich, hört Stimmen im Garten und sagt, „was schimpfen denn die! Jetzt fangen sie schon wieder an." Plötzlich, „Jetzt sagen sie, ich hätte hier jemand erstochen, ich habe doch niemals etwas verbrochen." Er ist ängstlich gehemmt. An anderen Tagen hört er wieder „Mistsau" das sei doch nicht wahr.

Noch am 16. August ist er sehr ängstlich. Er erzählt, in G. sei es ihm gewesen, wie wenn er verfolgt würde. „Ich weiß gar nicht mehr, was mit mir werden sollte. Bald war es so, bald war es so. Es hieß, der Mann der Frau, wo er wohnte, wäre gestorben." Er ist außerordentlich ablenkbar, schrickt bei jedem Geräusch zusammen, blickt ängstlich nach einem Fenster, aus dem ein Küchenmädchen sieht. „Ob das hier eine Frau ist oder was, das weiß ich nicht. Es läuten jetzt die Glocken, was ist denn eigentlich los?" Er habe Angst, weil überall Radau ist. „Jetzt brachte man mir wieder einen Becher, was ist nur eigentlich richtig, soll ich denn trinken?"

„Da guckt schon wieder ein Mädel heraus, die lacht."

„Jetzt geht die Türe auf. Ist denn kein Mensch mehr im Hause?" „Das Gejohle geht schon wieder los, da soll man mich doch lieber tot machen, wollen sie mich nicht lieber umbringen?" Alle diese Ausrufe sind Reaktionen auf belanglose kleine Vorkommnisse der Umgebung. Er verfolgt sie ängstlich mit gespannter Aufmerksamkeit. „Als ich herkam war es so, wie wenn ich in ein Krematorium käme."

„Jetzt guckt wieder so eine Frau heraus." „Es ist mir, als hätte ich etwas im Gesäß." „Es ist mir, als wenn ich gar nicht mehr lange leben würde, ich habe keine Lebenskraft mehr."

Im Tone der Ratlosigkeit: „Es regnet, dann ist wieder Sonnenschein. Da ist ein Radau, was ist denn das, wie, soll ich denn aus dem Becher trinken, ist das mein Todesbecher, wie?"

„Sie können sehr schnell schreiben, ich wundere mich,, was das nur ist . . . . . sie lachen dabei?"

„Wer spricht denn schon wieder?" „Sehen Sie, jetzt kommt schon wieder jemand, die lassen einen ja gar nicht in Ruh, jetzt nimmt der den Becher weg". Es ist ihm zweifelhaft, ob das hier eine wirkliche Nervenklinik sei, „Weil ich gar nicht im Klaren bin, alle lachen mich aus." Ob sein Denken gut sei, kann er nicht sagen. Manchmal fühle er sich schwach.

Depersonalisationssymptome im Délire de négation.

Eine weitere Reihe sehr interessanter Beziehungen bestehen zwischen der Depersonalisation und dem negativistischen Delir der Franzosen, wie es zum erstenmal von Cotard beschrieben wurde. Bei Cotard selbst und bei Seglas finden sich eine Reihe von ausgezeichneten Schilderungen. Sie gipfeln in den Ausdrücken, ich bin kein Mensch mehr, ich kann nicht sterben etc. Es sei gleich

hervorgehoben, daß wir uns mit der klinischen Stellung dieser Psychosenformen hier nicht beschäftigen wollen. Es steht zur Diskussion, ob es sich um Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins oder um solche der Dementia praecox handelt. (Vgl. hierzu Urstein.) Mir ist es am wahrscheinlichsten, daß darunter doch zum Teil selbständige Krankheiten des Rückbildungsalters vorliegen. Es interessiert uns auch nicht, ob die Genese dieser Zustandsbilder eine einheitliche ist und können bezüglich dieser prinzipiellen Frage auf die vorangehenden ausführlichen Ausführungen verweisen.

Fall 21. Marta O., geb. 1862, in die Klinik aufgenommen 1898. Die Großmutter litt anscheinend an einer ähnlichen Krankheit wie die Patientin. Die Schwester derselben 8 Jahre geisteskrank, auch deren ältester Sohn starb in einer Irrenanstalt. 4 Geschwister sind gesund, zwei starben frühzeitig. Sie selbst hat gut gelernt, war meist still, etwas überstolz und dickköpfig. Half dann in der Wirtschaft und klagte über Kopfschmerzen. Lernte dann Schneidern, ging in Stellung, gründete dann ein Geschäft, mit dem sie viel Sorge hatte. Ging dann wieder in Stellung. Seit Ende April 1898 war sie aufgeregt, spürte eine Nervenkrankheit. Wollte sterben: meine Seele sehnt sich fort. Schlief schlecht, legte sich schließlich ins Bett und wollte gepflegt sein. Sie hielt sich für gelähmt. Schließlich meinte sie, ein eiserner Reif hätte sich um ihre Stirne gelegt. Die Selbstmordgedanken traten stärker hervor, sie verweigerte schließlich auch die Nahrung.

In der Klinik jammert sie laut (am 12. Oktober), ist orientiert, äußert zahlreiche hypochondrische Wahnideen. Ein ganz grausames entsetzliches Los habe sie getroffen, sie könne nicht sterben und nicht verwesen. In ihrem Leibe flöße kein Blut, nur Luft. Luft sei auch in ihrem Gehirn. Der Magen fehlte, was sie äße, ginge direkt in den Darm. Ihr Herz, das drehe sich nur immer so herum. Sehen Sie nur das Fett, das Fett, alles faules Fett und das kann nicht verwesen, ich kann nicht sterben. Diese Ideen äußert sie immer wieder. Bei der Untersuchung sagt sie „ich kann nicht tiefer atmen, ich kann überhaupt nicht atmen. Ein Tier ist lebendig, ich bin ja nicht einmal ein Tier." In ihrem Körper sehe es schrecklich aus, sie könne nicht schlafen und habe seit undenklichen Zeiten keinen Stuhlgang.

Als sie am 16. Oktober künstlich gefüttert wird, meint sie, alles was man oben eintrichtere, liefe unten wieder ab.

Am 11. Oktober sagt sie, „Ich bin Adam, der erste Mensch, der nicht sterben kann, meine Natur ist jetzt ganz verkehrt." In der Folgezeit ändert sich das Bild nur wenig. Die Ideen sind sehr einförmig. Sie hat nur Interesse für ihre Krankheit.

1900 beteiligt sie sich bisweilen an der Arbeit, während die Ideen fortbestehen. Ein tieferer Affekt ist jetzt nicht mehr vorhanden, wenn sie ihre Klagen vorbringt.

Mit der Zeit wird sie immer apathischer, liegt stundenlang immer auf dem Sofa, vernachlässigt sich in der Kleidung und in der Körperpflege.

1901 ist sie gleichmäßig ruhig, doch bestehen die Wahnideen fort. Sie wird im April nach Hause entlassen.

Wir erheben diesem Fall gegenüber die Frage, ob denn ein Mechanismus ähnlich dem, den wir bei der Depersonalisation fanden, auch hier anzunehmen ist. Man kann das nur vermuten, ein Beweis scheint mir nicht möglich. Auf einen Erklärungsversuch der Wahnideen einzugehen liegt außerhalb meines Themas.

Beweisender sind einige Beobachtungen die Urstein gesammelt hat (Spätpsychosen katatoner Art). Sein Fall 31 klagt, Personen und Gegenstände änderten sich gleichsam im Handumdrehen. Ihr Gesicht sei blöde geworden. Sie sei kein Mensch mehr, werde zum Tiere, werde zum Vieh, ihr Stuhlgang sei gar kein Stuhlgang.

Eine andere klagt, ihr Körper wäre zu groß, so daß die Kleider platzen müßten. Oft fühle die Patientin ihr Beine gar nicht, sie wären wie angeschnallt. Sie könne unmöglich mit ihrem Körper zusammen im Bett liegen, da beide

keinen Platz darin hätten. Die Patientin behauptet blind und stumpf zu sein, nicht schlucken zu können, ihr Hals und alle Öffnungen seien zugeschwollen.

Auf weitere Beispiele kann ich verzichten. Sie können bei Cotard und Seglas eingesehen werden. Nach allem erscheint es mir wahrscheinlich, daß ähnliche psychische Mechanismen wie die der Depersonalisation vielfach mitspielen und die Grundlage abgeben für Wahnideen, doch ist diese Ableitung eine unsichere.

Unsere letzten Beobachtungen leiten bereits über zu einer neuen Gruppe von Fällen zur Dementia praecox.

Depersonalisationssymptome bei Schizophrenie.

Jung hat darauf verwiesen, daß das Gefühl des Traumhaften und Irreellen im Beginn der Dementia praecox häufig ist und berichtet über hierhergehörige Fälle. Es ist im vorangehenden über gleichlautende Beobachtungen Bleulers bereits referiert worden. Sehr zahlreiche Angaben zu diesem Gegenstand hat Urstein gemacht. Die Kranken fühlen sich unbefriedigt vom Leben, haben an nichts mehr Freude, nichts mehr gefällt ihnen: „Mir ist's, wie wenn alles tot wäre im Kopf." „Alles sei ihm unheimlich, komme ihm wie tot vor." „Klagt sehr über innere Leere und Apathie."

„Ich habe an allem keine Freude, wenn ich von allem nichts wüßte." „Klagt darüber, daß er an nichts mehr Freude habe, sich innerlich, wie tot fühle." „Der Sinn fürs Geschäft hat nachgelassen, hab gemerkt, daß ich im Kopfe nicht mehr wie früher war. Ich hatte an nichts Freude mehr." Oder sie fühlen, daß sie den Ihrigen so entfremdet wurden. „Glaubt keine Liebe für ihre Angehörigen zu verspüren, sie liebe niemanden, könne niemanden lieben, habe einen zu schlechten Charakter."

Ungemein oft klagen die Patienten über intrapsychische Hemmung. Sie sind vergeßlich, gehemmt oder denkunfähig, im Kopfe schwächer geworden. Sie suchen sich mühsam ihren Gedanken zurecht . . . . . „Ich komme da nicht aus mit den Gedanken, habe gar keine Gedanken. Die Gedanken sind so verschwächt, umflort, es ist wie wenn dieselben fortgeflogen, ganz weggezogen wären."

Nicht selten trat das Symptom der Energie- und der Entschlußunfähigkeit deutlich hervor. Die Kranken bezeichnen sich als „willen- und entschlußlos" . . . . . „Wenn sie etwas sage, komme immer verkehrtes Zeug heraus, sie tue den Mund zur unrechten Zeit auf und schließe ihn zur unrechten."

Viele klagen über eine Uneinigkeit und Zerteiltheit, über Verdopplung und Spaltung ihrer Persönlichkeit: „Ich habe die Harmonie zwischen Wille und Verstand und die seelische Freiheit verloren", sagt ein Patient, „Ich bin ganz verdoppelt worden" meint ein anderer, „Ich habe den einen Teil meines Kopfes verloren", äußert ein Dritter. „Klagt über Durchkreuzungen von Gedanken fremder Personen. Die Denkstörungen werden von ihr, wie schon immer, als etwas ihr Fremdes empfunden. Die Spaltung ihrer Persönlichkeit wird ihr deutlicher in ihrer „Erklärungsidee", so heißt es von einer Patientin nach vieljährigem Kranksein. Ein seit langer Zeit kataton verblödeter Patient sagt nach 4jährigem Anstaltsaufenthalt: „J'ai des sentiments dans moi, qui ne correspondent pas — hier stockte er und fügte dann deutsch hinzu — meinem übrigen Wesen."

Ein Hebephrener antwortet auf die Frage, warum es ihm schlecht gehe: „Weil ich wie zerteilt bin", und auf die weitere, was dies heiße, meint er: „So wie zwei Personen bestehen in mir, so eine Uneinigkeit ist in mir. Ich bin zur Maschine geworden, habe keinen Willen."

Auch in den folgenden Büchern bringt Urstein eine Reihe entsprechender Angaben, auf die ich hier nur verweisen kann. Wie bereits oben erwähnt, kommt Urstein auf Grund dieser Resultate zu dem Schluß, die sogenannte subjektive Hemmung sei ausschließliches Symptom der Dementia praecox, ein Schluß, dem ich mich nicht anschließen kann. Im folgenden werden noch hierhergehörige Beobachtungen kurz mitgeteilt.

Fall 22. P. S., 22 Jahre. Familienanamnese belanglos. Ein Jahr vor der Aufnahme (21. Juni 1913) starb die Mutter, was ihn stark mitnahm. War stets etwas still, wurde vor kurzem aus dem Geschäfte entlassen, sprach Vorübergehende (auch Mädchen) um Arbeit an. Nach der Aufnahme ist er zwar orientiert und geordnet, aber scheu und verlegen. Macht einen Suizidversuch. In der nächstfolgenden Nacht attackiert er den Pfleger, ist unrein. Am nächsten Morgen sagt er klagend, „Ich bin geisteskrank Herr Doktor". Er ist ängstlich und gibt nur zögernd Auskunft, „Ich kann nicht mehr denken, das Gefühl ist mir vollkommen fremd." Seine Nerven seien überanstrengt, er habe sich das Leben nehmen wollen, weil er beim Militär etwas schlecht gemacht hatte. Weinend: „Ich kann nicht denken, das ist ausgeschlossen!" Seit vielen Wochen sei er so. „Ich bin kein Mensch mehr".

(Wie ist es mit den Gefühlen, können Sie sich freuen?)

„Nein, ich habe keine Gefühle, ich kann nicht denken, das ist ausgeschlossen."

(Sehen Sie das Grüne draußen?)

„Ja".

(So wie früher?)

„Nein, so nicht."

Er leugnet Halluzinationen.

Als er 9 × 12 ausrechnen soll, bewegt er eifrig die Lippen, sagt nach längerer Zeit 106, korrigiert dann. (Das geht doch.) „Aber denken kann ich nicht, Herr Doktor"! Plötzlich sagt er spontan, „Ach Herr Doktor, bitte lassen Sie mir wenigstens mein armseliges Leben." Er beteuert, daß er arbeiten wolle und daß er dem Tod als Mann offen ins Auge sehe. Auch sonst Äußerungen, aus denen hervorgeht, er befürchte getötet zu werden. Er macht einen ängstlichen Eindruck. Als er seine Personalien angeben soll, sagt er wie verzweifelt, „Ich bin vollkommen kopflos." Er gibt auch dann vollständig falsche Personalien an. Am 24. Juni ist er unruhig, er habe Stimmen gehört, hat sie aber nicht verstanden. Die Stimmen klagten. Auf Frage, er sei ein ganz anderer geworden, „Es ist mir rätselhaft."

(Ist etwas vertauscht worden?)

„Die Rollen."

(Welche Rollen?)

„Die Lebensrollen."

(Wer sind Sie?)

„Ich bin gar nichts."

In den nächsten Tagen bleibt der Zustand unverändert, auch die Ideen bleiben dieselben. Am 10. Juli ist er mutazistisch. Gegenüber den Angehörigen äußert er, es sei eine Verschwörung gegen ihn da. Wenn er nicht spricht sind gewisse Zeichen der Aufmerksamkeit noch vorhanden. Er selbst sagt über die Zustände, es müsse Stimmkrampf gewesen sein. Er wird schließlich immer apathischer und stumpfer und antwortet auf Fragen immer nur, ich weiß nicht. Er ißt schlecht, läßt sich ruhig füttern.

Fall 23. A. Sch., 25 Jahre, Vorgeschichte belanglos, ebenso die Familienanamnese. Er hat als Schüler der Realschule versagt und wurde Kaufmann. Als er am 2. Febr. 1913 in die hiesige Poliklinik kommt, ist er zerfahren und abspringend, steht keinen Moment ruhig, trippelt von einem Bein auf das andere. Er hat einen eigenartig gehetzten, ratlosen Gesichtsausdruck. Er spricht spontan sehr reichlich, aber bricht plötzlich ab und beginnt von ganz anderen, er spricht sehr rasch. Spontan: „Mein Denken ist ganz anders geworden, ich bin überhaupt ein ganz anderer Mensch, ich bin doch furchtbar apathisch." Nur wenn er sich an den Kopf klopft, komme er etwas zum Bewußtsein. „Ich fühle mich nur so, wie ich bin

(in leerer Erregtheit); sagen Sie mir, was in mir vorgeht, ich kann nicht so wie ich will: Es fällt mir in einer Tour etwas ein, Gedankenstücke, dann kommt wieder das und das."

(Wie ists mit dem Denken?) „Nein, ich rede da so einfach hin: Es ist ein ganz verkehrter Fall." (Vorstellen) „Ich kann nichts vorstellen". („Können Sie sich freuen"?) „Nein, gar nicht, mir hat die richtige Freude seit jeher gefehlt, die aus der Seele kommt und mich erquickt. Traurig bin ich immer, in der Brust, da tuts mich furchtbar . . . ."

(Willen?) „Wenn ich jetzt zu Ihnen spreche da sehe ich auch ein Buch vor mir, ist das nicht ein krankhafter Zustand?" — „Ich denke zeitweise zwei Sachen auf einmal." Er hat zu Hause sexuelle Selbstbeschuldigungen geäußert. Im Geschäft hätte ein besonderer sexueller Ton geherrscht. Er sei anders als die anderen und etwas Besonderes.

Leider konnte ich den Kranken nur einmal untersuchen, nach einigen Wochen kommt der Bruder und berichtet, daß ein stuporöser Zustand eingetreten sei.

Er wird mit einem ausgesprochenem katatonem Stupor der Klinik zugeführt.

Die Deutung derartiger Beobachtungen ist sicher keine ganz leichte. Auch hier wird sie uns wesentlich durch die Analyse derjenigen Fälle erleichtert, in denen der Symptomenkomplex der Depersonalisation bei der Schizophrenie voll ausgeprägt war. Es soll auf diese Fälle infolgedessen nur hingewiesen und nicht näher eingegangen werden.

Nun sei kurz der Fall Alters wiedergegeben, der in der Literatur der Depersonalisation viel zitiert wird. Mir scheint die Dementia praecox ziemlich wahrscheinlich zu sein. Ich gebe den Fall wegen seiner interessanten Symptomatologie etwas ausführlicher wieder.

56jähriger Kaufmann (1903) Jude. Familie in bezug auf Suizid und Hysterie belastet. Intelligent. Seit 1900 stiller, teilnahmslos. Insuffizienz- und Versündigungsideen. Wiederholte spielerische Suizidversuche. Er habe die Familie zugrunde gerichtet, seine Kunden betrogen. Angstzustände. Ärztliche Diagnose: Agitierte Melancholie. 1901 orientiert, sehr beängstigt. Wiederholt unsauber. Am 30. Juli. Es sei alles aus, sein geistiger Zustand existiere nicht mehr, er habe keinen Körper mehr, er habe keine richtigen Ohren, keine richtigen Hände, keine Zunge mehr. Am 10. Aug.: „Mein unglücklicher Körper wird immer mehr Karikatur, so wie ich meine Lage ändere, ändert sich alles auf das Verhängnisvollste." Die Schrift sei von einer Pseudohand geschrieben, er verliere den Körper, sei jeden Moment ein anderer. Er spielt richtig Klavier, aber sagt, er könne es nicht. Vor dem Spiegel fühlt er sich vollkommen verändert.

Auch später klagt er immer, sein Körper verändere sich in einem fort. Er verliere den letzten Zusammenhang. Das Haus würde durcheinander gewürfelt, alle Zimmer und die Korridore seien falsch angesetzt. Am 12. Sept. meint er, er habe einen falschen Körper. Die richtigen Organe seien weg, er habe Pseudoorgane. Am 10. Okt. völlig unzugänglich. Am 19. Okt. Perseverationen. Am 4. Nov. „Warum nennen Sie mich Herr?" der ist ja gar nicht hier. Sei ein Trumm, ein Stück. Am 4. Januar 1912. Sehr wechselnde Angaben bei einer Sensibilitätsprüfung. Denn ein paranoisches Stadium mit Verfolgungsideen und desorientierenden Phonemen. Noch am 10. Juni: „Es verändert sich alles, ich kann mich gar nicht zurecht finden." Die Glieder seien nicht richtig zusammengesetzt. Am 9. Aug. läuft er wie in einem traumhaften Zustande mehrere Stunden fort. In der Folgezeit ändert sich wenig. Am 6. April 1903 klagt er, er habe keine Beine, das seien schreckliche Auswüchse. Auch zur Zeit des Abschlusses der Beobachtung bestanden die Störungen, wenn auch abgeschwächt, weiter.

Mehr als eine Ähnlichkeit zur Depersonalisation kann ich in diesem Falle allerdings nicht finden.

Wir würden unvollständig sein, wenn wir nicht erwähnten, daß auch das Buch Schrebers vereinzeltes enthält, das in unser Gebiet gehört. Es heißt Seite 99: „Die Straßen der Stadt Leipzig, durch die wir fuhren, namentlich die Fahrt über den Augustusplatz machte mir einen merkwürdig fremden Eindruck, sie waren, so viel ich mich erinnere, menschenleer. Es kann dies an der frühen Morgenstunde und der eigentümlichen Beleuchtung gelegen haben . . . . .

Ich war damals, nachdem ich monatelang inmitten von Wundern gelebt hatte, mehr oder weniger geneigt, alles was ich sah für Wunder zu halten. Ich wußte also nicht, ob ich nicht auch etwa die Straßen der Stadt Leipzig, durch die ich fuhr für Theaterkulissen halten sollte." Aber aus dieser Beschreibung Schrebers geht hervor, daß er nicht bloß das Gefühl des Fremdartigen hat, sondern daß die Wirklichkeit noch einen neuen Charakter, nämlich den des Gemachten und Gespielten hat. Es sind das also Erlebnisse, welche schon zu wirklichen Störungen der Wahrnehmung der Außenwelt geführt haben, vielleicht ist die psychologische Wurzel dieselbe wie bei der Entfremdung, eine Identität der Erlebnisse ist keineswegs vorhanden.

Man wird sich klar werden müssen, daß bei der Schizophrenie neben Symptomen, welche identisch sind mit Symptomen der Depersonalisation auch solche vorkommen, welche trotz äußerer Ähnlichkeit eine andere psychologische Bedeutung haben.

Depersonalisationssymptome bei Hysterie.

Ich habe im vorangehenden in längeren Auseinandersetzungen gezeigt, in welchen Punkten die Gefühls- und Empfindungsstörungen der Hysterischen von denen der Depersonalisierten differieren. Bei den Hysterischen wird der Gegenstand zwar bemerkt, aber es erfolgt auf das Bemerken eine Abwendung von dem Gegenstand, so daß in der Oberschicht des Erlebens ein völliger Empfindungsmangel und eine völlige Gefühllosigkeit entsteht. Der Sachverhalt könnte auch so dargestellt werden, daß das Ich den Gegenstand im Akte erfaßt, daß aber die Akte, welche einen bestimmten Gegenstand fassen, nicht in Beziehung gesetzt werden zu der Masse der übrigen Akte. Auch der Hysterische im Zustand des Somnambulismus vollzieht Icherlebnisse, aber diese Icherlebnisse werden nicht in Beziehung gesetzt zu den Icherlebnissen außerhalb desselben. Man kann das auch so ausdrücken, daß bestimmte Icherlebnisse nicht „bewußt", in den Gesamterfahrungen des Ich verwertet werden. Offenbar ist das etwas anderes als wenn, wie beim Depersonalisierten, das einzelne Icherlebnis kein volles ist, weil andere Tendenzen widersprechen. Man könnte sagen, der Depersonalisierte unterscheidet sich vom Hysterischen dadurch, daß bei ihm sämtliche Akte, die vollzogen werden, von dem Widerspruch durchtränkt sind, während der Widerspruch aus der anderen Schichte vom Hysterischen ins Erleben nicht aufgenommen wird. Ist diese Auffassung richtig, so müssen sich bei Somnabulen und Hysterischen in dem Momente des Übergangs zum normalen Zustand Erscheinungen nachweisen lassen, welche den Erscheinungen der Depersonalisation entsprechen. In der Tat erfüllt sich dieses theoretische Postulat. Sollier hat hierüber eine Reihe sehr wesentlicher Beobachtungen gesammelt, die ich wenigstens in Kürze anführen will.

Zunächst die Tatsachen (sie entstammen sämtlich dem großen Hysteriewerk von Sollier).

Der Patient Paul D. erkennt nach einer Sitzung, die ihn (im Sinne Sollier) zum fast völligen Erwachen gebracht hat, die Leute nicht, die in seiner Umgebung sind. Es scheint ihm, daß er sie früher einmal gekannt hat, daß er sie aber seit langem nicht wiedergesehen hat. Er findet sie verändert. Das Zimmer macht

den Eindruck, als habe er es früher einmal gesehen, die Zimmerdecke erscheint ihm höher, die Objekte größer. „Es ist wie ein Schleier, der zerreißt."

Jeanne sieht häufig, wie die Gegenstände in ihrer Umgebung in einem Nebel entschwinden, alles wird klein und sie sieht überhaupt nichts mehr.

Yvonne versteht das, was man zu ihr spricht überhaupt nicht mehr, wenn man einige Zeit mit ihr gesprochen hat. Sie hört und sieht nichts mehr, es ist wie ein Schleier, der sich über ihren Geist ausbreitet, alles scheint sich ihr zu entfernen und zu verwischen. Sie blickt starr ins Weite und ist wie benommen. Nach dem Aufwachen sagt sie: „Es scheint mir, daß man Gewichte von mir weggenommen hat."

Hermine sagt: „Alles ist neu für mich, es ist, wie wenn ich als Erwachsener zur Welt käme. Es scheint mir, ich habe nie etwas gesehen."

Überhaupt erstreckte sich dieses eigenartige Erleben nicht bloß auf die Welt, sondern auch auf die eigene Persönlichkeit. Bei vielen tritt die Meinung auf, nicht nur die Personen ihrer Umgebung seien Maschinen oder Personen aus der Komödie, sondern sie gebrauchen die gleichen Ausdrücke auch betreffs der eigenen Persönlichkeit. Sie seien wie Romanfiguren.

Andere sagen, nachdem sie erweckt werden: „Es scheint mir, daß ich tot war und daß ich seit diesem Morgen erweckt bin. Ich bin so weit, ich fühle mich deutlich, es ist lange her, daß ich mich suchte. Immer war ich zwei, das bereitete Schmerz. Ich wollte immer um die Mauer herum, die mich teilte. Es war schwarz auf der Seite, wo ich krank war, die andere war weiß. Ich sah deutlich, daß ich hinüber mußte." Eine andere gibt an, glücklich zu sein, zu fühlen, daß sie wieder auflebe oder man hört: „Als ich anfing, überall zu fühlen, schien es mir, daß ich eine andere Person war." Marguerite hat, wenn sie anästhetisch ist, die Idee, zu sterben. „Ich werde tot sein, sagt sie und ich werde mich nicht ändern." Aber als sie ihre Sensibilität und ihre Persönlichkeit wieder gewinnt und ihre Gefühle wieder anders werden sagt sie: „O, es geht mir gut, ich wollte so bleiben. Ich fühle in mir ein Wohlgefühl, das ich nicht erklären kann."

G. sagt, „ich bin nicht mehr die gleiche, wie damals als ich einschlief. Ich bin ganz sonderbar, es scheint mir, daß ich nicht mehr die gleiche bin, daß ich klarer und erleuchteter bin." Jeanne fühlt sich halb erweckt, gleichfalls verändert, „alles verläßt mich, alles verändert sich in meinem Kopfe", sagt sie, „ich habe keine Kräfte mehr, ich fühle mich, und ich fühle mich zu gleicher Zeit nicht."

Die Erklärung dieser Phänomene wird uns durch unsere früheren Ausführungen erleichtert. In einem Teil der Beobachtungen werden die Klagen der Kranken, tot zu sein, auf der Selbstbeachtung ihrer Anästhesien, ihrer affektiven Indifferenz beruhen, z. B. bei Marguerite. Derartige Patienten werden, wenn sie genesen sind, sagen, sie seien klarer und die Welt sei neu für sie.

Freilich muß stets berücksichtigt werden, daß nach unseren früheren Ausführungen die Verdrängung auf dem einen Gebiete des Seelenlebens, Widersprochenheitserscheinungen in anderen Gebieten hervorrufen kann. Es kann das nicht wundernehmen, denn nach unseren früheren Ausführungen kann wenigstens in bestimmten Fällen die Depersonalisation auf Verdrängungsversuche zurückgeführt werden.

Besonders instruktiv sind, wie zu erwarten war, die Ergebnisse des Übergangs von Krankheit zur Gesundheit, hier treffen wir die Angabe „ich fühle mich und ich fühle mich nicht zu gleicher Zeit" (Jeanne sagt das in halberwecktem Zustand). Schließlich stellt ja unser Fall 6 ein willkommenes Beispiel dar, daß die Depersonalisation dann eintritt, wenn das Individuum aus der Wahnwelt in die reale Welt eintritt.

Zur Kenntnis der Migräne.

Flatau hat bei der Migräne hierhergehörige Beobachtungen gemacht. Ich gebe den Passus wörtlich wieder. „Es können nämlich Fälle vorkommen, wo die an Migräne leidenden Personen plötzlich von Anfällen getroffen werden, die auf den ersten Blick ganz eigentümlich erscheinen und die doch in das große Gebiet der Epilepsie fallen . . . . . So hatte ich z. B. Gelegenheit, einen 24jährigen Mann zu beobachten, der seit einigen Jahren in einen merkwürdigen Zustand verfiel, in welchen er sich wie vom Nebel umgeben oder wie hypnotisiert dachte. Er fühlte dabei, daß der Kontakt seiner ganzen Persönlichkeit mit der Außenwelt sich in diesen Zuständen änderte, obgleich dies von seiner Umgebung nicht bemerkt wurde. Diese Zustände dauerten zunächst nur wenige Minuten lang, zuletzt dehnten sich dieselben aber aus. Zuletzt entstanden periodische Kopfschmerzen und Verdunkelungen des Gesichtsfelds, Pulsation und Üblichkeit. Eine 33jährige Dame, die seit ihrer Kindheit an Migräne litt, wurde von einem Anfall heimgesucht, in welchem sie plötzliche Vertaubung im ganzen Körper verspürte, wobei die Stimmen der sie umgebenden Personen ihr ganz merkwürdig vorkamen und das ganze Gesichtsfeld wie benebelt erschien. Der Anfall dauerte einige Minuten lang und verschwand, um nach einer Stunde wiederzukehren. Nach diesen Anfällen entwickelten sich Kopfschmerzen, die drei Tage anhielten."

Nun zwei eigene Fälle, die hierher gehören.

Fall 24. Max K., Eisenarbeiter, 23 Jahre alt, kommt mit der Angabe, er habe seit vier Wochen Schwindelanfälle mit Flimmern vor den Augen. Er sieht dann die Gegenstände nur halb. Es tritt dann auch starker Kopfschmerz ein, bisweilen ist auch die linke Hälfte des Gesichtsfeldes dunkel. In der unteren Hälfte des Gesichtsfeldes sieht er alles dunkel, er erkennt zwar, wenn sich etwas bewegt, nicht aber den bewegten Gegenstand. Manchmal sieht er unten überhaupt nichts. Es dreht sich alles wie im Karussell. Wenn er bei der Arbeit Stäbe zu drehen hat, so sieht er die Spitzen nicht. Bisweilen stirbt der Arm ab, manchmal auch die Stirne, er hat das Gefühl, als ob er abstürbe, er kann hineinkneifen ohne etwas zu spüren. Das Absterben beginnt in der rechten Hand, Lippen und Zunge zittern. „Wenn die Anfälle kommen stehe ich manchmal da und denke, daß ich gar nicht lebe. Ich kann es gar niemand erklären, es ist ein Gefühl, wie wenn alles tot wäre."

(Können Sie sich freuen?)

„Nein, überhaupt nicht."

(Können Sie da traurig sein?)

„Nein, es ist mir alles gleichgültig."

Er kann antworten, nur behagt es ihm nicht, wenn er gestört wird.

Er macht einen ruhigen und verläßlichen Eindruck, erzählt klar und geordnet von seinen Störungen. Er ist im vierten Lebensjahre einen Meter tief gefallen, nachher sollen die Augen vorgetreten sein. Im übrigen keine Vorkrankheiten, er ist verheiratet, hat zwei gesunde Kinder, keine Lues, kein Alkoholismus. Familienanamnese belanglos. Die körperliche Untersuchung ergibt, von einer starken Kurzsichtigkeit abgesehen, nichts Abnormes.

Er kam nur einmal in die poliklinische Sprechstunde.

Die Schilderung des Kranken paßt wohl am besten auf Migräneattacken. Die Kopfschmerzen, die halbseitigen Ausfälle des Gesichtsfelds und das Augen-

flimmern gestatten wohl kaum eine andere Diagnose. Bemerkenswert sind die Störungen der Sensibilität, die mit dem Anfall verknüpft sind. Uns ist am wichtigsten der Eindruck des Kranken, daß er während der Anfälle gefühllos und wie tot sei. Gleichwohl scheint er seine Beschäftigung während derselben fortzusetzen. Eine genauere Analyse des Zustands war leider nicht möglich. Es besteht im ganzen nur eine gewisse Ähnlichkeit mit Depersonalisationserscheinungen, ohne daß man die Zustände identifizieren könnte. Nur das möchte ich noch hervorheben, daß der gesamte Zustand kaum als „vorstellungsbedingt" angesehen werden kann. Vermutlich handelt es sich um „funktionelle" Abänderung der Großhirntätigkeit.

Fall 25. Otto G., 30 Jahre. Seit mehreren Jahren überkommt ihn Ängstlichkeit, als ob er sterben müßte. Gleichzeitig kommt Herzklopfen. Auch nachdem er auf Anraten des Arztes sein exzessives Rauchen eingestellt hat, trat Besserung nicht ein. Er ist jetzt etwa alle drei Wochen ängstlich und „vollkommen weg". Er sieht alles halb, zum Teil auch doppelt, kann nicht sehen. Er hat dabei das Gefühl, als ob der rechte Arm nicht zum Körper gehörte, als ob überhaupt nicht alles mehr paßte. Wenn er nach dem rechten Arm hinsah, so sah er ihn weiter weg, sah überhaupt seine rechte Körperhälfte nicht gut. Es ist, wie wenn die Seite krank wäre. Alles ist wie verwischt, als wenn er einen Klaps hätte. Er fühlt sich in diesem Zustand schwer verändert „Weil ich für nichts zu sprechen bin". Er hat bisweilen ein Gefühl, „Als ob er ein Brett vor dem Kopfe hätte". Er ist alkoholintolerant, verträgt nicht mehr als ein bis zwei Glas Bier. Das Gesichtsfeld ist leicht konzentrisch eingeengt, im übrigen sind somatische Störungen nicht nachweisbar.

Die Klassifikation dieses Falles ist schwierig. Auch hier bin ich geneigt, an migräneartige Attacken zu denken. Eine Auffassung, die von der hiesigen Augenklinik bestätigt wurde. Immerhin kann hier ein psychogener Zustand nicht mit völliger Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Ähnlichkeit zur Depersonalisation ist in der momentan eintretenden Unfähigkeit, sich der Außenwelt zu bemächtigen, gegeben. Von einer Identität der Zustände kann freilich nicht gesprochen werden. Die Entfremdung einzelner Körperteile ist auffallend. Auch hier drängt sich die Annahme lokalisierter Gehirnschädigungen auf, ohne daß es möglich wäre, überzeugende Beweise zu bringen.

Nun schließlich anhangsweise eine Beobachtung, die dem Gebiete der Dipsomanie zugehört.

Fall 26. G., 30 Jahre alt, aus belasteter Familie. Vater schwer neurasthenisch, eine Schwester des Vaters schwer hysterisch, eine andere hat hysterische Charakterveränderungen. Der Patient selbst hatte als Kind vorübergehend allgemeinen Tremor, als Tertianer bereits sexuell etwas übererregbar. Als Junge Fugueszustände, rückte mehrfach aus, kam aber wieder zurück. Später dann Attacken von Dypsomanie. Die Dypsomanieattacken begannen mit Depressionen und Reizbarkeit. Er ist in den Attacken nicht fähig, betrunken zu werden, leidet an Angst, ist auch etwas rauflustig.

Vor einiger Zeit hatte er folgende Attacke. Als er über einen Platz ging, überfiel ihn mittags um 2 Uhr plötzlich Angst, die in der Herzgegend lokalisiert war. Er ging schneller bis er zum Schwitzen kam, war ratlos. Es war ein Zustand, wie wenn es zum schnellen Exitus kommen würde. Es war ein Gefühl, als ob sein Körper vollständig abgestorben wäre. „Ich stampfte mit den Füßen auf, berührte mich im Gesicht und suchte mich zu beißen, ohne daß das Gefühl nachließ. Ich spürte das Aufstampfen, es war, als ob es den Körper gar nichts anginge und als ob der Körper nicht gerührt würde. In den Händen war ein eigenartiges Kältegefühl, die Hände waren ganz kalt." Er hatte Angst, plötzlich zu sterben. Auf Frage: Der eigene Körper war ihm nicht fremd, er fühlte sich als Ich, es bestand das Bewußtsein, sich stark in der Kontrolle zu haben. Er fühlte sich in der Attacke zu Freude oder Trauer nicht fähig. Er trank dann etwas Kognak und der Zustand verschwand.

III. Kapitel.

Ekstase, Ichverdoppelung und Besessenheit.

Der Fall Karl O.

Fall 27. Karl O., stud. phil., geb. 1886. Der Vater starb an Magenkrebs, war immer aufgeregt. Die Mutter lebt, ist gesund (doch macht sie einen etwas eigenartigen Eindruck). 5 Geschwister sind gesund. Geisteskrankheiten sind auch in der entfernteren Verwandtschaft nicht vorgekommen. Der Patient hat als Kind Scharlach und Masern durchgemacht. Er lernte gut in der Schule, war strebsam und tüchtig. Studierte Philosophie, war ein Semester in Grenoble, dann in Kiel. Er wird von der Familie für sehr begabt, aber auch für etwas eigenartig gehalten. Als er vor $2\frac{1}{2}$ Jahren von einer Ferienreise aus England zurückkam, war er auffallend erregt. Er schimpfte viel über Nebensächliches. Über die Vorgänge der letzten Zeit weiß die Mutter nichts zu berichten. Er soll schlecht gegessen und geschlafen haben.

Er wird am 6. XII. der Klinik eingeliefert. Die somatische Untersuchung ergibt nichts mit Ausnahme eines leichten Fingertremors. Bei der Aufnahme ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Sagt: „Was ist denn eigentlich mit mir, was ist denn los?“ Sträubt sich, deutliche negativistische Gegenspannungen. Einmal eingenommene, passiv gegebene Stellungen werden beibehalten. Es ist typische Katalepsie.

Gegen Abend ist er plötzlich viel klarer und freier. Er gibt die Personalien richtig an. Er sei in Hemdärmeln auf die Straße gegangen, wisse selbst nicht weshalb. Gibt an, sich an den Referenten, den er zweimal gesprochen hatte, nicht zu erinnern. Katalepsie beträchtlich abgeschwächt. Antwortet zunächst auf alles: „Ich kann mich auf gar nichts besinnen.“

(Im wievielten Semester waren Sie?)

„Ich bin ja nur angeblich Student. Ich habe einen anderen Beruf.“

Will nichts näheres darüber sagen, es sei schwer verständlich. Es ist ein Beruf rein schöpferisch geistiger Art. Kosmisch-schöpferisch sei seine geistige Tätigkeit. Er sei nur wegen der Versorgung Student. Der große Unterschied sei der, daß die schöpferische Tätigkeit rein aus der Persönlichkeit fließe. „Das kommt eben aus einem selbst heraus, da kann man nichts dagegen tun. Das ist eine furchtbare Macht.“ Was er schafft, gibt er nicht an. Kosmische Schöpfertätigkeit im Menschen, das würde der beste Ausdruck sein. „Das ist eine Kraft, die in der Physis des Menschen begründet ist, sich mit dem Heranwachsen verstärkt und allmählich Macht gewinnt. Eine ungeheure dunkle Macht, die sich über einen hängt und die einen hemmt, einen anderen Beruf zu ergreifen.“ Es sei eine unbewußte Macht. Er ist im übrigen durchaus geordnet und klar, bittet Ruhe zu haben.

Nachts unruhig. Sagt der Wache, er habe den Teufel gesehen.

7. XII. Nach einer unruhigen Nacht ist er morgens wieder ruhig und geordnet. Er ist orientiert. Er spricht rasch und reichlich. Gesichtsausdruck und Gesten sind dem Inhalt entsprechend. „Die Katastrophe mußte jedenfalls kommen. Vor drei Jahren habe ich eine poetische Explosion erlebt. Es kamen Gedichte zum Ausdruck, die ich noch nie vorher geschaffen hatte.“ Es war ein pantheistischer Zustand, wie er beschrieben ist in Hebbels Gedicht „Erleuchtung“. „In diesem Gedicht liegt mein Schicksal.“ Auf ihn ziele auch die Stelle aus Faust: „Ich Ebenbild der Gottheit . . .“ Er deutet, das Auftreten des Erdgeistes als inneres, pantheistisches Offenbarungserlebnis. Er meint, daß Goethe ein ähnliches, uns

nicht bekanntes Erlebnis gehabt haben müsse. Eine solche Offenbarung könne nur ein schöpferischer Poet haben. Als er gefragt wird, ob sein Erlebnis Ähnlichkeit mit dem Erlebnis religiöser Ekstase habe, verneint er dies mit den Worten: „Ein Religöser ist kein Schöpfer, sondern ein Lauscher." Er verweist noch auf die Stelle aus Faust, wo von unerklärlichem Schmerz die Rede sei. („Und fragst du noch warum . . . . .") Sie sei für Mediziner wichtig. Es kam bei ihm zu einem vulkanischen Ausbruch der Schöpferkraft.

Über seinen Zustand bei der Einlieferung gibt er an: „Die innere, kommandierende Stimme befahl mir, einen Wahnsinnigen zu simulieren und sich nicht entdecken zu lassen. Das Bewußtsein mußte sich fortwährend Ratschläge geben lassen, wie es sich verhalten müsse, um wahnsinnig zu erscheinen."

(Wie kamen Sie dazu die Muskel zu spannen?)

„Da kann ich mich nicht mehr besinnen. Dieses untergeordnete Bewußtsein schwebte in fortwährender Angst, als Simulant entdeckt zu werden. Er mußte sich fortwährend belehren lassen, um wahnsinnig zu erscheinen." Auf Frage: „Die Stimme war aus dem Herzklopfen zu spüren, nicht zu hören, sondern zu spüren." Es ist nicht so, wie wenn man wirkliche Stimmen hört. Er lehnt auch die Bezeichnung laut oder leise ab und will nur von Intensität und Klangfarbe der Stimme sprechen: Sie war dunkel. „Das Herz sprach in rhythmischen Versen." Macht hinzu eine malende Geste. Auf Befehl der übergeordneten Stimme mußte das untergeordnete Bewußtsein sagen, daß es den Teufel gesehen habe, obwohl er ihn nicht geschen hatte. Er spürte einen dunklen Druck in der Brust, der im Halbschlaf zum Dämon wurde. Aus diesem Druck hat sich im Traumleben eine Art Satan entwickelt. Es sei auch zeitweise ein unangenehmer Geruch und Geschmack dagewesen. „Die befehlende Stimme ist kosmisch, die untergeordnete individuell. Der Wahnsinn ist nicht Selbstzweck, sondern es soll ein unbestimmtes Ziel im Interesse der übergeordneten Macht erreicht werden." „Wenn die untergeordnete Macht nicht militärisch gehorcht, dann ist sie verloren, ihr ganzer Daseinszweck vernichtet."

Nachts wieder unruhig. Hört Stimmen, läuft aus dem Bett, muß isoliert werden.

8. XII. Morgens schwer kataleptisch. Es bestehen auch negativistische Spannungen. Er ist ablehnend und gibt keine Antwort.

Mittags behauptet er, den Referenten zum ersten Male zu sehen. Er kenne ihn nicht. Es sei zwar richtig, daß er, der Patient, von kosmisch schöpferischer Tätigkeit gesprochen habe. Doch erinnere er sich nicht, wann er das gesagt hätte. (Auf Frage): Er habe aus inneren Gründen meist onaniert. Geschlechtsverkehr hätte er nur selten gehabt, da er ihn nur mit Mädchen ausführte, die er gerne hatte und nicht mit Straßendirnen.

Abends ist er wieder ablehnend. Produziert Wortsalat.

(Kennen Sie mich?)

„Meinem persönlichen Bewußtsein nach kenne ich Sie überhaupt nicht, weil ich Sie hier in diesem Hause zuerst gesehen habe."

Wird plötzlich geordnet und erzählt lebhaft, wann und wo er den Referenten zum ersten Male gesehen hätte. Wiederholt, das untergeordnete Bewußtsein hätte von dem übergeordneten den Befehl erhalten, sich wahnsinnig zu stellen. Er hätte auch mittags alles gewußt, hätte aber auf Befehl den Wahnsinnigen spielen müssen. Er gibt alle Details und Nebenumstände der früheren Unterredung an, und zwar vollkommen prompt. Plötzlich sagt er, den Blick auf den Pfleger richtend, welcher in ein Buch Eintragungen macht: „Hier wird doppelt Buch geführt."

(Weshalb meinen Sie das?)

Es setzt jetzt ein vollkommen inkohärenter Rededrang ein. „Kolonadenstraße 37 beim M. Keum, links drei, links drei, . . . bei L. Keum in der ersten Etage des Hinterhauses fünf Stufen, sechs Treppen, drei Leiter, eine Treppe und ein Strick." Er bringt das wie diktierend abhackend vor.

(Was heißt das?)

„Da muß ich fortfahren. Kolonadenstraße 26, links, 5, 4, 3. 2, 1, 5, 4, 2, 1, 5, 4, 3, 2, 1, 5, 4, 3. 2, 1, 5, 4, 3, 2, 1, 5, 4, 3, 2, 1". Spricht ständig die Zahlen fort.

(Weshalb sprechen Sie die Zahlen?)

„Weil die einzelnen getrennt zu sagen sind."

(Wer hat Ihnen befohlen, diesen Unsinn zu sprechen?)

Verstummt plötzlich. Die kataleptischen Symptome, die zu beginnender Unterredung geprüft wurden und sich als schwach erwiesen hatten, nehmen plötzlich an Intensität

zu. Der Gesichtsausdruck wird starr und gespannt. Neben den kataleptischen auch negativistische Spannungen.

Nach einiger Zeit beginnt er plötzlich, während der linke Arm in seiner passiv gegebenen Stellung (gehoben) verharrt. „Ich sehe droben drei Jungfrauen mit erhobenen Händen, sie stürmen auf mich herein, sie sehen mich nicht, denn ich bin Saxo . . . . und ich vollziehe hiermit das gefürchtete Ereignis vom 15. Dezember 1912 in der Trinkerheilasylanstalt zu Leipzig (wiederholt das Wort mehrfach, die einzelnen Silben in der verschiedenen Art und Weise umstellend) in Sachsen, im Königreich Sachsen, in Europa, in der ganzen Welt, in Ewigkeit, Amen. (Er wiederholt das letztere etwa ein Dutzend mal. Er spricht jetzt rasch, der Gesichtsausdruck ist vollkommen leer, es wird ohne Betonung gesprochen.) „Ich weiß nicht was das ist, ich komme mir verrückt vor, da kommen drei törichte Jungfrauen mit Rosengirlanden . . . . da ich der König von Sachsen, in Europa, in der ganzen Welt, in Australien, in Nordamerika, in Nordafrika und Westafrika . . . . . aber mein Arm wird immer schwerer, es wird immer schwerer, es wird immes schwerer, bin ich denn verrückt, das wäre ja schrecklich für mich." Die kataleptische Haltung des Armes war bisher dauernd innegehalten worden. Plötzlich springt er, beide Arme hoch erhoben aus dem Bette und schreit „Saxo sum". Die kataleptische Haltung wird aufgegeben, er drängt hinaus „Ich muß auf den Teppich springen." Dann wieder etwas ruhiger, beginnt aber wieder „ich muß mich sehr in acht nehmen, daß nicht ein . . . . ich weiß nicht was das ist, mein rechter Fuß beginnt zu zittern, es kommt etwas vom Mond." (Hier konnte nicht ganz wörtlich notiert werden.) Liegt jetzt bewegungslos mit abgehobenem Kopfe „Ich sehe einen Christuskopf, ist das der Herr der Welt in Ewigkeit, Amen . . . . es donnert ungeheuer . . . . . ich spüre Erdbeben in Chile . . . . dazu Donnerwetter in Westamerika . . . . und in Nordamerika und in Südaustralien und in Südparaguyai . . . . . (nennt noch einige Ländernamen) . . . . was ist das dahinter, das ist ein Ochse mit einem Schweif . . . ." Im Duktus kommt dann Bukentaurus. Der Kopf ist noch immer vom Kissen abgehoben, er spricht mit unbewegter Miene. „Ich weiß nicht, was da los ist, ich glaube ein Brechanfall am Kniegelenk . . . . ich weiß nicht, was da los ist, der Herr hat mich verlassen, der Hals wird immer steifer, ich spüre ungeheures Zittern, die Sauzitzen dahinter sind kaput geworden durch vieles Vögeln (es folgen noch einige obszöne Ausdrücke: Onanieren, Koitus in den verschiedensten Variationen). Springt plötzlich auf: „Saxo sum." Drängt wieder hinaus. Dazwischen ständig wiederholend, „ich weiß nicht, was da los ist". Er spricht das bald mit lauter, bald mit leiser Stimme.

9. XII. Er erzählt geordnet, daß er sich an die Vorgänge des Vortags genau erinnere. Meint plötzlich: „Ich höre ja alles, was da telegraphiert wird. Ich kann mich gar nicht ungestört unterhalten, weil ich fortwährend durch das Telegraphieren gestört werde." Die Zahlen gestern wurden ihm vom übergeordneten Bewußtsein diktiert, das war wie im Anfangsstadium des Wahnsinns. „Es war ein Vernehmen durch Fühlen." Den Arm hat er in seiner Stellung gelassen, weil er apathisch sein sollte. Es war aber verkehrt, denn er hätte ihn steifhalten oder ihn sinken lassen sollen (Lachend): „Da denken Sie sich wieder etwas."

(Plötzlich, abrupt): „Der Kongreß war in Chicago." Diktiert unvermittelt den Amerikanern, wie er sagt, leise flüsternd. Dann wieder: Die Jungfrauen, von denen er sprach, habe er wirklich gesehen und zwar in zweifacher Gestalt, zuerst als drei Engel, dann als drei Jungfrauen mit Regenschirmen. Er fühlte nichts Sexuelles dabei. Er erinnert sich auch sehr gut an die verschiedenen Umformungen, die er dem Worte Trinkerheilasylanstalt gegeben hat. „Es wurde alles vom Herzklopfen diktiert." Auch bezüglich der anderen Ereignisse und Äußerungen gibt er das gleiche an. Das Aufspringen wurde ihm unter ungeheurem Druck vom Herzklopfen diktiert. Der Zwang war ihm wegen der ungeheuren inneren Spannung sehr unangenehm. Er bekommt auch jetzt die Antworten, die er gibt, aus Amerika diktiert.

Es sei etwas anderes als das übergeordnete Bewußtsein. „Die früher getrennten Bewußtseinseinheiten sind jetzt verschmolzen zu der ursprünglichen Einheit, die jetzt in mir zum Teil kosmisch, zum Teil individuell vorhanden ist. Zugleich habe ich ein unangenehmes Rasselgefühl, das von außen herkommt vom Hoden nach dem Herzen über das Gehirn hinweg. Das kommt von New York—Chile—Neapel—Mailand—Paris." „Das Gefühl drängt sich von außen her frech dem Bewußtsein auf."

Im weiteren Verlauf des Tages ist er sehr unruhig. Auch nachts spricht er fortwährend. Klagt, der Telegraph wolle ihn beeinflussen.

10. XII. Er gibt prompt Auskunft, spricht recht rasch, ohne innere Bewegung. Gestern Vormittag habe er Stimmen aus Amerika gehört. „Da hatte ich den Eindruck, als wäre es ein Telegraph, der wäre mit Chile und Neapel verbunden und der benutzte mich als Versuchskarnickel.“ Er war Versuchskaninchen. Und dieser Telegraph drängte sich frech von außen herein auf. Ich merke aber diese Beeinflussung, sie kam von den Hoden herauf und war hart maschinell. Der Telegraph verwandelte sich auf einmal in den theosophischen Telegraphenapparat des Herrn Vollrat. Dieser teilte mit, der jüngste Mai sei gekommen, der Weltfeiertag.“

In der Nacht habe er eine Inkarnation durchgemacht. Er hatte das Gefühl, daß die Hoden sich gestärkt hatten, daß die ganze Physis mit Energie vollgestopft sei . . . . . eine Art energetischer Wiedergeburt, so telegraphierten die jetzt (unterbricht plötzlich, fährt dann fort): „Die Hände wurden breiter, sie sind energischer geworden. Außerdem wurde mir ein unangenehmer süßlicher Geruch suggeriert. In der Zelle fühlte ich auf einmal, daß ich eine ganz andere Physis hatte, ich war größer und stärker und freier — eine viel schönere Physis. Mein Körper militärisch durchgebildet, als wäre ich Erdarbeiter und Militärgefangener.“ Er weiß jedoch, wo er ist und wo er war. „Die eigene Physis begann den Doppelgänger aufzunehmen und zwar machte sich diese Psyche sehr stark bemerkbar auf die Physis des Karl O., des passiven Teils der Inkarnation. Es blieb die Physis und das Bewußtsein des Karl O. und es wurde nur die Psyche übertragen.“ Auf die Fragen erklärt er, unter Psyche verstünde er die Macht, die das Bewußtsein schafft. Er ist während des Erzählens häufig unaufmerksam abgelenkt, spricht vor sich hin. Es werde telegraphiert. Er hält sich für völlig geheilt; nur müsse man den Apparat wegstellen, der die Hoden beeinflußt. Er wiederholt abends nochmals in vollkommen klarer Weise, was er vormittags angegeben hatte. Bleibt dabei. Die Beobachtungen seien richtig. Jetzt schwebten über ihm drei verschiedene Planetensonnen. Gestern sei er dem dritten ihm aufgedrängten Bewußtsein erlegen. Wieder hört er die Stimmen im Herzklopfen. Auf jede Sprache würde sich der Sinn übertragen. Als Franzose würde er die Stimme französisch hören. Er fühlt es am besten, wenn er die Hand aufs Herz legt: Es hat mehr Kurvencharakter. Hält sich für gesund und verlangt seine Entlassung.

11. XII. Er ist nachts ruhig, auch am Morgen hält die Beruhigung an. Er glaubt nicht mehr, daß ihm wirklich telegraphiert wurde.

14. XII. Er ist andauernd ruhig: Es sei ein Zusammenstoß von Genialität und Wahnsinn gewesen. Er fühle sich ruhig, aber es sei noch eine Gärung vorhanden, über die er noch nicht Herr geworden sei. Mitunter höre er auch jetzt noch Stimmen im Herzschlag. Aber er wisse, daß das Produkte der Phantasie seien. Er müsse intellektuell verzweifeln, weil er nicht zu einer klaren Weltansicht kommen könne. Der Verstand verlange eine feste Weltanschauung. Professor W. (demgegenüber er sich ausgesprochen habe) sprach von einer geistigen Pubertät, die 10% aller Studierenden durchmachten. Gerade die besten scheiterten an dieser Pubertät und litten an ihrem Lebensberuf Schiffbruch. Er empfahl ihm, zu einem Nervenarzt zu gehen. Er (O.) hatte jedoch einen festen Glauben an seine Mission und lachte darüber. Die Unterredung fand statt zu Pfingsten vor etwa 2 Jahren.

Die Erleuchtung kam plötzlich auf einer Englandreise nach Cambridge, er kam in einen ganz eigenartigen Zustand. Die Ursachen waren folgende: Zunächst jahrelang unbefriedigte Liebe (er fand keine, die zu ihm paßte). Er faßt das sowohl im physischen als im psychischen Sinne. War zu keinem Mädchen in engere Beziehungen getreten, wiewohl er Geschlechtsverkehr hatte. Er war immer in einem großen Dilemma. Bei Mädchen, die er gern hatte, schämte er sich geschlechtliche Gedanken zu haben, die Mädchen, die ihn geschlechtlich reizten, ekelten ihn an.

Er meint, er habe eine stark weibliche Psyche. In ihm sei eine eigenartige Mischung, die gar nicht zu einer Einheit verschmelzen wolle. In seinem Charakter sei er ein Mann, in seinem Empfinden ein Weib. Diese eigentümliche Mischung ginge auf seine Eltern zurück. Er habe diejenigen Eigenschaften beider geerbt, die nicht zusammen paßten. Das sei der physisch-psychische Grund der damaligen Erleuchtung. Es kam dazu, daß er 7 Jahre vorher eine kleine blonde Schwester verloren hatte, die er sehr liebte und diese wurde im Alter von drei Jahren krank und starb. Er selbst hatte es für unmöglich gehalten, daß sie sterben konnte. Er hatte damals einen starren, tränenlosen Schmerz. Auch dieser Schmerz wirkte nach.

Die Katastrophe begann mit sinnlichen Eindrücken (Natneindrücken!) Sexuelles negiert. Er war schon vorher lange gereist. Es waren ganz neue Eindrücke. (England sei mit dem Kontinentalen seinem Charakter nach nicht vergleichbar.) Er war fortwährend allein. Er lernte auf dem Schiff eine kleine Schottin kennen, die er lieb gewann. (Auf Frage: An die Schwester erinnerte sie nicht.) Die Katastrophe war ein mystisches Erlebnis. Er sah im Garten ein Spinnetz mit einer Spinne. „Zum Zeitvertreib warf ich eine Fliege in das Spinnetz und diese Spinne fing diese Fliege und saugte sie aus — mein Herz klopft jetzt, so daß ich glaubte, es nicht auszuhalten, wenn ich nicht den Glauben an meine innere Mission hätte, obwohl ich seelisch ganz ruhig bin. Ich sah auch in dem Garten einen Stein auf dem Erdboden und dieser Stein erregte mich ungemein. (Gedicht vom Stein!)[1]) Und dieses Leben der Spinne und das Sterben der Fliege ging in mich über in einer ungeheuren seelisch geistige Versunkenheit ins All. Aber nicht in die Schöpfung, sondern in ein rythmisches Chaos, in ein rythmisches ungeheures Auf- und Niederwogen, losgelöst von allem Geschöpf. Und zwar war dieses Niederwogen zugleich ein Hinaufwogen. Einen Nachklang von diesem wundersamen Gefühle hatte ich auch letzthin in der Zelle. Dieses wundersame Auf- und Niederwogen verschmolz mit dem Auf- und Niederwogen des Steines." Er faßte seine Gefühle in die Worte: „Alles wogt auf und nieder wie eine ewige Woge, alles ist ein endloses Kreisen von Werden und Vergehen, alles trennt und eint sich wieder und was mir Widersinn erschien vereinigt sich in wundersamer Symphonie." Dann kamen noch einige merkwürdige Gedichte zum Ausdruck, ohne daß er daran gedacht hatte. Es wurde ihm in Gedichten offenbart, daß sich in der Familie zu Hause Deutschland widerspiegle. Und zwar so, daß er selbst Sachse sei (darauf bezieht sich das „Saxo sum"), daß er gewissermaßen ein Extrakt Sachsens sei. Seine Mutter repräsentierte Deutschland, sein Bruder Preußen und das Schwesterlein schien in Bayern zu sein. „Leben und Sterben ist eins und die Schwester wird wieder geboren." Er glaubte auch, nach Deutschland zurückgekehrt, seine Schwester würde ihm wieder geboren werden als Tochter seiner ältesten Schwester. Diese sei Bayern (grob und tüchtig) die kleine Schwester aber sei das richtige Münchner Kindl.

16. XII. Es käme ihm vor, der Atem sei kürzer als früher, er spüre ein Prickeln in der Brust. Mit dem Herzen sei Ruhe eingetreten. Alles was ihm hier begenete, war eine Art Fügung. „Es schien zugemünzt auf mich." Das pantheistisch-rhythmische Aufgehen finde man auch bei Mombert. Er sei zur Einsicht gekommen, daß er zu egozentrisch gewesen sei. Er habe sich zu sehr als ein ungeheures Einziges gefühlt. Bei Hölderlin habe er Ähnliches gefunden. Er glaubt, daß bei ihm sich alles zwingend aus seiner Persönlichkeit ableitet.

17. XII. Er ist dauernd ruhig und geordnet und schreibt dem Referenten auf Wunsch eine Reihe von Gedichten nieder[2]). Wie er angibt, stammen die Gedichte sämtlich aus früherer Zeit und werden jetzt nur aus dem Gedächtnis niedergeschrieben.

Sei in einem fürchterlichen inneren Dilemma, müsse eine Weltanschauung aufbauen. Wisse nicht, ob die Welt ein Chaos oder ein Kosmos sei. Goethe sei vielleicht ein Auge gewesen, das den Kosmos erschaut hätte und deshalb weiter kam als die übrigen. Nur seine kleinen lyrischen Gedichte, die Späne, hatten ihn vor der Verzweiflung bewahrt. Diese waren plötzlich mit einer ungeheuren Intensität aus ihm herausgekommen. Sonst sei er im Ausdruck stets ungeschickt und unbehilflich gewesen. Auch jetzt jagte ein Gedanke den anderen. Die Sachsen seien als die Intelligentesten zur Führerschaft des Deutschen Volkes berufen und er würde sich an die Spitze stellen müssen (geistig). Es sei ungeheuer schwer hervorzutreten. Dann: Man fände für Lyrisches so schwer Verleger. Er hat das Gefühl, daß seine Hände in letzter Zeit größer geworden sind „von außen schwerer, innerlich leichter."

18. XII. Die äußere Ordnung dauert an. Er erzählt: Er habe nachts eine Vision gehabt: „Ich war in einer Waldschneise (Lichtung). Auf der einen Seite war sie abschüssig. Die Schneise selbst war mit Heidekraut bewachsen. Ich ging hin auf ein Haus zu. Es war schwüle Gewitterstimmung, grelle Wolkenbildung. Auf einmal begann das Heidekraut zu knistern, als wäre es mit Elektrizität geladen. Ich hörte Stimmen von Jägern aus der Ferne. Auf einmal wurde ich durch eine unerklärliche Macht emporgehoben, wurde umgedreht und da wachte ich auf." Auf Befragen: „Es war eine Art Traum." Im Anfangsstadium des Wahnsinns habe er unter geschlossenen Augen ganz wundersame Bilder gesehen. Er war (vor der Einlieferung) über Goethes Faust beschäftigt, wollte sich der Welt mitteilen. Das

[1]) Siehe Anhang.

[2]) Es sind zwei davon wiedergegeben.

Werk wurde immer kürzer und prägnanter. Was er über den Faust zu sagen hatte, wurde ein rhythmisches Gedicht. Er verspricht es, aufzuschreiben. Er fand jedoch nicht das Wort für die Erdgeistererscheinung. Darüber geriet er in Wahnsinn. Es ging ihm so wie Faust mit dem Worte Logos. Es gingen ihm ungeheure Pläne durch den Kopf. Dann kam die erste „Inkarnation". Er nahm eine Stellung ein, die er noch niemals inne gehabt hatte. Und aus dieser militärischen Physis heraus brachte er Verse zustande, die er aus seiner eigenen Physis heraus niemals hätte zustande bringen können. Er sei vielleicht damals zu einer gewissen inneren Freiheit gelangt. Als er danach gefragt wird, ob damit die kataleptischen Haltungen zu erklären seien, verneint er einen Zusammenhang. „Das (Katalepsie) war eine Art Wahnsinn, etwas, wo der persönliche Wille ausgeschaltet ist." „Es war eine Unfähigkeit, sich diesem Prozeß zu widersetzen." Vor dem Wahnsinn, fährt er fort, habe er nur eine Physis gehabt. „Jetzt kann ich jede Physis annehmen, die ich annehmen will. Ich kann militärisch sein, ich kann traurig sein und fröhlich sein, es ist eine reine Willensfreiheit. Das war der natürliche Zweck dieses Wahnsinns. Ich war früher ein Embryo von dem, was ich jetzt werden muß." Die unangenehmen Begleiterscheinungen dieser Entwickelung seien auf eine nicht naturgemäße Lebensweise zurückzuführen. Er sei eine Dilemmanatur, der Mikrokosmos aus dem Faust. Er fand also den Ausdruck für die Erdgeisterscheinung nicht. Er floh „auf, hinaus ins weite Land." Er ging nach einer Vorstadt und sah einen wunderbaren Abendstern. Der Anblick ergriff ihn und es kam das folgende Gedicht zustande.

Am Himmel fern
Ein schönes Licht
Ist das mein Stern?
Ich weiß es nicht.
Er hat so schöne Strahlen
Sind auch dort Schöpferqualen?
Ich weiß es nicht, vielleicht.
Es ist auch gleich.
Denn solcher Stern verschönt die Welt.

Und der ist reich,
Der solchem Stern sich zugesellt.
Ja der ist reich,
Der solchem Stern sich zugesellt.
Als Stern empor zu ihm.
Da singen Cherubin
Und singen:
All herbei ihr Engelscharen,
All ihr Engel, all herbei, herbei.
Habt ihr jemals schon erfahren,
Daß ein Erdenbürger selig sei.
Und die letzten Sterne künden;
Wenn es auch mein Mund nicht sagt,
Daß es auch in Erdengründen
Schon tagt.

Damit ging das Atmen los. Ein furchtbares Wogen in der Brust. (Eine Art Schwangersein.) Es war ihm, als flöge etwas zum Stern empor und er fühlte sich mit diesem vereinigt. Er wurde oben gepriesen, als wäre er der Sohn der Venus und er würde begrüßt von seiner Mutter.

21. XII. Fühle sich viel besser. Höre noch Stimmen. „Es sind meine eigenen Gedanken, es sind Widerspiegelungen der Gedanken. Ich komme zu der Einsicht, daß man den Stimmen nicht vertrauen darf. Sie sind zu sehr den äußeren Umständen und den Affekten unterworfen." Er hört sie nicht als lautes Sprechen. Es ist vielmehr nervöse Herztätigkeit, mehr Geistestätigkeit. „Die Kurven sind objektiv und international." Wenn er italienisch und ägyptisch spräche, so würde sich das gleiche Resultat ergeben. Er hält daran fest, daß anfangs ein doppeltes Bewußtsein da war. Die poetische Schöpfertätigkeit gehe nicht vom persönlichen Bewußtsein aus, ein Naturbewußtsein setze die Schöpfertätigkeit in Gang. „Ich habe den Eindruck, daß alles das, was ich gesagt habe, in der besten Form gesagt wurde, ich könnte es nur verschlechtern."

25. XII. Er fühle sich körperlich viel leichter, was er insbesonders dann merke, wenn er im Bade liegt. Zeitweise ginge es ihm durch den Körper, wie wenn er militärisch ausgebildet sei. (Vielleicht sei das durch Vererbung zustande gekommen, denn sein Vater sei beim Militär gewesen.) Er habe in den letzten Tagen eine Inkorporation durchgemacht. Er fühlte sich in fremde Persönlichkeiten ein. Er nahm z. B. die Stellung ein, die Lenau inne gehabt hatte, als er die Schilflieder schrieb. Es heiße dort „Weinend muß mein Blick sich senken". Er wisse bestimmt, es senken sich bloß die Augenlider, während der Kopf zurückgeneigt bliebe. Er habe auch den Schillerschen Habitus herausbekommen, nach dem „Nimmer, das glaube mir erscheinen die Götter, nimmer allein." Er nimmt auch auf Wunsch des Referenten diejenige Haltung an, die Lenau gehabt hätte, als er die Schilflieder schrieb. Er meint, er sei überhaupt zu den gleichen Resultaten gekommen wie Prof. Sievers.

Er fühlt sich jetzt leicht und elastisch. Die Körperbewegungen erfolgen von selbst. Er ist kolossal leicht. Er glaubt sich nicht einseitig, sondern total geändert zu haben. Früher hätte er viel genießt, hätte Kopfschmerzen, Ohrensausen, Migräne gehabt.

„Dann stand ich einmal auf und es war eine furchtbare Energie in mir, es zitterte alles." „Es wurde von allein alles zu Liedern." In diesen Tagen habe er mit Erfolg versucht auf seinen Körper einzuwirken. Er dachte nur an seine Verdauung und in der Nacht bekam er Gallenaufstoßen, wie er es noch nie gehabt hatte. Er kann durch Willenstätigkeit das Herz zum Zittern bringen und es kam auch der ganze Körper in Bewegung. Das ganze Zimmer geriet gleichfalls ins Zittern.

Auf Frage: „Die Stimmen sind nicht mehr da."

Als er nach den Erlebnissen in der Zelle gefragt wird, gibt er folgenden Bericht: „Ich war mit einem Schlage eine ganz andere Person, als wäre ich gar nicht Ich, sondern eine andere Person. Ich hörte Stimmen, ich wäre katholisch, als wäre ich ein Militärgefangener in Spandau." Dann fühlte er sich als Landarbeiter. „Es fing beim größten Habitus an und ich wurde immer kleiner. Mein Körper wurde direkt verändert. Das Licht an der Decke hielt ich für die Venus. Die verschiedenen Persönlichkeiten wechselten. Daneben blieb das Bewußtsein, daß ich Karl O. war und es war, als wäre mir eine andere Psyche inkarniert. Und zwar so: Ich glaubte, ich könne die Strapazen in der Zelle nicht aushalten und da wurden andere Personen eingeschaltet. Die Stimmen der Leute in den Netzen hörte ich als Kommandostimmen. Einmal war ich ein katholischer Schlesier. Durch Herzklopfen erhielt dieser Nachricht von seiner schlesischen Mutter (der Mutter der inkarnierten Psyche). Die Venus war auf einmal die Mutter Maria. Die ganzen Erlebnisse kann ich nicht schildern. Es ist mir selbst vieles dunkel. Ich habe schon zu Hause somnambulische Zustände durchgemacht. Meine Hände zeichneten Dinge, ohne mein Bewußtsein und so, daß ich es sonst nicht fertig gebracht hätte. Dieser Zustand ist wenig angenehm. Man steht unter tierischem Zwang, den man durch Willen unterbrechen kann." Die letzten Bemerkungen erfolgen auf Zwischenfragen. Er könne sich auch jetzt dem somnambulischen Zustand anvertrauen. Nochmals zu den Erlebnissen in der Zelle zurückkehrend, fügt er hinzu: „In der Zelle wurden aus der Bettdecke babylonische und assyrische Gestalten . . . . . wenn man sie hinwarf . . . Symbole für Furcht, Auferstehung, Leben, Liebe, Tod, Hoffnung . . . . . Pyramiden und Sphinxe . . . . . ich habe aber so ziemlich alles vergessen. Es dauert mich, daß ich es nicht im Gedächtnis behalten kann." Seine Erlebnisse niederzuschreiben lehnt er ab. „Ich kann mich nicht konzentrieren. Ich kann denken, aber nicht schreiben."

26. XII. Kommt mit der Angabe, sein Schädel habe sich etwas verbreitert, und zwar vorwiegend in der Gegend zwischen den Augenbrauen. Das klinge vielleicht lächerlich, aber er glaube es doch. „Das ging plötzlich los. Von der Mitte der Stirn ging ein ganz unglaubliches Gefühl los, das sich ausbreitete. Ich kann mirs nicht erklären, aber es ist mir so, als wäre mein Schädel breiter geworden." Er klagt darüber in der Klinik zu sehr auf sich selbst angewiesen zu sein. Sei sonst gewohnt gewesen, Eindrücke zu sammeln. Wie er seine Zeit in der Klinik verlebt, beschreibt er vollkommen zureichend.

Er sei überzeugt, daß die Explosion jetzt vollkommen zu Ende sei und daß jetzt die schöpferische Tätigkeit beginne. „Dies poetische Schaffen . . . oder poetische Geschöpfe sind keine . . . . . lassen sich nicht in mathematische Formen zwängen, wie etwa eine Eisenkonstruktion oder sonst was, sondern es sind ewig wechselnde Formen, sie bewegen sich in ewig wechselnden Fromen, wie etwa Wolkengebilde, sie richten sich nach dem Naturgesetz, aber immer anders und sind in jedem Augenblick neuen Einflüssen unterworfen, im Gegensatz . . . . . und zwar handelt es sich bei poetischen Gebilden, die in das soziale Leben

eingreifen, daß sie nicht Selbstzweck sind . . . . . und anders ist es wieder bei den kleinen Gedichten, die sind vollkommen, an denen ist nichts zu ändern. Das in der Ekstase geschaffene ist vollkommen, wenn man ganz klar bei Verstand ist zerstört man das, was man in der Ekstase geschaffen hat. Anders ist es bei den großen Werken, die in das soziale Leben eingreifen sollen. Jetzt begreife ich erst das Goethesche Wort „Mann sein, heißt ungerecht sein." Man müsse in diesen Fällen einen bestimmten Parteistandpunkt annehmen und er werde sich gegen die Philologen wenden müssen. (Das in Anführungszeichen gesetzte ist die wörtliche Wiedergabe, sie zeigte eine formale Kompliziertheit, die auch sonst in den Äußerungen des Patienten immer wieder kehrt.) Betreffs des eigenartigen Gefühles an der Stirne, trägt er noch nach: Er denke, es sei die Zirbeldrüse, die er als den Sitz des geistigen Schauens ansieht. Man sehe auch an den Buddhastatuen in Leipzig an dieser Stelle einen Buckel. Das Erlebnis spielte vor einigen Tagen. Es war ihm zum Sterben, es war ihm, als habe er das höchste geistige Ziel erreicht und er habe nichts Höheres zu erreichen. „Ich weiß nicht mehr, was ich erlebt habe." Infolge dieser Erlebnisse habe sich das Gehirngefühl der Schädelerweiterung eingestellt. Als ihm entgegen gehalten wird, es unterliege einer Täuschung: „Das glaube ich selbst, aber ich habe das Gefühl. Ich denke, daß mir sonst der Schädel zersprengt würde." Die Mundpartien seien feiner geworden. Er habe sich im Spiegel gesehen und den Eindruck gewonnen, daß ein großer Teil der Sinnlichkeit geschwunden sei.

4. I. Es wird an diesem Tage mit ihm die Krankengeschichte durchgesprochen. Er macht hierzu folgende Angaben. Bei der Aufnahme habe er sich gesträubt, weil ihm das übergeordnete Bewußtsein befahl, nicht einverstanden zu sein. Er war subjektiv einverstanden. Auf die Straße rannte er gleichfalls auf Befehl des übergeordneten Bewußtseins. Der Ausdruck kosmisch-schöpferisch sei wohl nicht richtig. Es heiße kosmische Schöpfertätigkeit im Menschen. Es ist auffallend, daß der Patient einen Teil des wörtlich notierten nicht als seinen Ausdruck anerkennt. Er erinnert sich dabei an einzelne Aussprüche sehr genau, doch ist er über ihre zeitliche Einordnung nicht im Klaren. Er meint, er habe an diesem Tage noch gesagt, „wenn ich einen anderen Beruf ergriffe, ist es genau so, wie wenn Sie als Arzt gegen ihre Pflicht verstießen." (Unterredung vom 6. XII.)

Zum 7. XII. gibt er an, er habe noch oben Stimmen gehört, die ihm eine Standpauke hielten. Das übergeordnete Bewußtsein verachtete ihn derartig, daß die Stimme nicht mehr im Herzen, sondern im Ticken der Uhr erschien. Nach dieser Standpauke meinte das übergeordnete Bewußtsein, er könne sich nur durch strikten Gehorsam retten. „Jetzt kommt ein Wendepunkt im Wahnsinn. Es befahl mir etwas, was ich nicht sagen will. Ich lehnte mich zum ersten Male auf und fragte, ob der strikte ungeheuerliche Befehl nicht gemildert werden könnte." Trotzdem in ihn gedrungen wird, gibt er nicht an, welchen Inhalt dieser Befehl gehabt hatte. Auf die Frage, ob es etwas Sexuelles gewesen sei, sagt er „nicht gerade." Die übergeordnete Stimme machte Konzessionen und sagte es ginge, wenn er ausspreche: „1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, ich habe den Teufel gesehen." Er hatte dagegen Bedenken, weil er die Nachtruhe nicht stören wollte. Aber die übergeordnete Stimme wollte ihn in die niederste Lage (die Tobsuchtszelle) bringen. Das objektive Bewußtsein sagte: „Ach die nehmen auch keine Rücksicht auf dich, schrei nur los!"

Den dunklen Druck habe er bereits zu Hause gespürt. Er erinnert sich sehr wohl, gesagt zu haben, es könne auch die untergeordnete Stimme die kosmische und die früher als individuell bezeichnete, die kosmische gewesen sein. Vielleicht habe die befehlende Stimme sich unberechtigterweise zum Herrscher aufgeschwungen, so daß man diese Usurpation unterdrücken müsse. Er habe früher häufig den Wunsch gehabt, totkrank zu werden, um dieser entsetzlichen Spannung und der Heuchelei den Verwandten gegenüber zu entkommen.

Zu der Unterredung vom 8. XII. sagte er. „Ebensogut hätte ich ganz gut antworten können." Er hätte so zahlreiche Halluzinationen gehabt, daß er sie kaum alle aufzählen könne. Er kann nur noch sagen, daß er einen furchtbaren inneren Druck spürte. In den Falten des Bettes sah er Ochsen und Schweine. Die Falten veränderten sich immer mehr und es entstanden vorsündflutliche Tiere. An Bewegungen der Halluzinationen erinnert er sich nicht. Zu der Unterredung vom 21. XII. gibt er noch an. Er fühlte sich als preußischer Untertan im preußischen Drill. Im Militärgefängnis zu Potsdam „das ist eine ganz unbewußte Satire auf preußische Verhältnisse". Zum 9. und 10. XII.: Auch jetzt hat er das Gefühl, daß die Hände anders geworden sind. Die Stimmen im Herzschlag seien Täuschung gewesen. Prof. W. sei der einzige Mensch, der ihn im Prinzip verstanden hätte.

Die Angaben vom 14. XII. werden als richtig erklärt.

Zum 16. XII. Vor Ausbruch des Wahnsinns sei der Atem schon kürzer gewesen. Er hat blaue Visionen gehabt. Zuletzt eine grauenhaft schöne, die er lieber für sich behalten will.

Zum 17. XII. Es sei doch nur hypothetisch, was er über den Kosmos gesagt hätte. Er modifiziert dann seine Äußerungen, er habe nur gesagt, er müsse als geistiger Vertreter Sachsens in den sozialen Umwälzungen Deutschlands die Fanfare blasen. Glaubt, die Offenbarung in Cambridge mit dem Gemüt, mit dem Verstand, steht er ihr skeptisch gegenüber.

Zum 18. XII. Der Traum war äußerst plastisch und lebenstreu. Betreffs der eigenartigen Stimmung beim Anblick des Sternes meint er, es sei ihm so, als wäre Christus sein Führer gewesen. Es ginge noch weiter, aber er wolle es für sich behalten. Zum 26. XII. Er hat jetzt nicht mehr den Eindruck, daß die sinnlichen Partien um den Mund geschwunden seien.

4. I. Beteuert, es sei unrichtig, daß er sich als König der Sachsen bezeichnet habe, er habe nur von geistiger Führung gesprochen, er verweist auf Gedichte, die er schon früher geschrieben hätte, um zu zeigen, daß er sich schon früher mit diesen Gedanken beschäftigt habe.

7. I. Er habe noch nachzutragen: Er habe früher angegeben, er habe Christus als Ochsen halluziniert. Er habe dafür wohl eine Erklärung, er könne sie jedoch erst dann geben, wenn er entlassen sei.

Der Ausdruck „Fanfare blasen" sei nicht eine Wahnidee, sondern etwas Wirkliches. Zum Beweise dessen wolle er gleich ein Gedicht diktieren.

„Ein Jubelschrei, der Tag bricht an,
Der Tag der Freiheit naht.
Nun rüste dich, du deutscher Mann,
Zu lang ersehnter Tat.
O Freiheit, goldener Morgenstrahl,
Vertreib' die finstere Nacht
Aus Menschenbrust in Berg und Tal
Mit deiner Siegermacht.
Es naht der Tag, es flieht die Nacht,
Das ist der Weltenlauf.
Nun kommt in glutiger Morgenpracht
Auch unser Tag herauf."

Dieses Gedicht sei vor etwa einem Jahr (im November 1911) auf einer Heimreise von Leipzig nach Hause entstanden. Es stieg eine Melodie in ihm auf, die etwas einem Volkslied anklang. Der ursprüngliche Text war anders. Erzählt dann eingehend weiter, wie dies Gedicht entstanden sei. Er gibt noch ein anderes wieder, das eine ähnliche Stimmung ausdrücke.

9. I. Seine Krankengeschichte sei zu Ende. Man solle einen Strich darunter machen. Sie sei hinausgeschwungen in Philologos.

12. I. Auf dem Spaziergang mit dem Pfleger suchte er zu entweichen. Er meint, es sei ihm in der Klinik zu eintönig, weil er nur männliche Umgebung habe. Man möge ihm weibliche Gesellschaft geben, z. B. eine Krankenschwester. Das brauche er zur Anregung für seine Gedichte. Die Sehnsucht allein reiche nicht aus zur Befruchtung seiner Gedanken. Er sei jetzt absolut steril. Er habe immer noch Gefühle der gespannten Energie im Körper, besonders in der Herzgegend.

14. I. Im ganzen stärker gespannt, läuft unruhig umher, verlangt den Arzt zu sprechen. Hat sein Abendbrot nicht gegessen, weil „jüdischer Duft" darin sei, im Momente, wo er es gekostet habe, spüre er inwendig seine Energie. Die ganze Abteilung sei durch einen schwarzhaarigen Pfleger verjudet.

Es ist ihm heute abend geoffenbart worden, daß seine Mission sei, das Deutschtum zu schützen.

15. I. „Ich glaube, das war gestern die letzte Krise. Der jüdische Duft, das hat sich aufgeklärt, war der Geruch des Bohnerwachs, das habe ich nun satt.

Beim Waschen war es immer, als ob meine Hände elektrisch wurden, aber so wie ich sie an dem Deutschen Handtuch abtrocknete, war es gut."

15.—26. I. Drängt meist sehr hinaus, wird oft erregt, müsse unbedingt fort. Man quäle ihn hier schrecklich. Er vertrage das Leipziger Klima nicht. Es sei eine ungeheure Unruhe in ihm. Der Herzschlag sei sehr beschleunigt. Es werde stärker, wenn er esse. Zeitweise schimpft und schreit er laut. Sagt, er müsse etwas zerbrechen, zertrümmert auch den Spiegel, 3 Stühle und vieles Geschirr. Meint, er wolle den Patienten R. totschlagen, oder sich selbst erhängen, um etwas zu tun. Am Abend des 24. I. ist er vollkommen richtig und freundlich, er habe seine alte weibliche Psyche wieder. Am 25. I. erzählte er, er habe sich erhängen wollen. Man quäle ihn hier schrecklich, den Referenten bezeichne er als Schweinehund. Am 26. I. entlassen.

Bei einer Anfrage im August 1913 erhielt ich von der Mutter die Auskunft, daß der Patient sich völlig wohl fühle. Die Universität hatte er nicht wieder bezogen.

Zwei seiner Gedichte seien wiedergegeben. Das Gedicht von „Stein", und ein humoristisches, das in seinem barocken Humor, die Züge der Krankheit erkennen läßt.

Der Stein, der stumme Stein, der spricht:
Die Einheit ist das Gleichgewicht.
Ich danke dir, mein lieber Stein,
Du sprichst die Wahrheit klar und rein.
Die Wahrheit, die wohnt nicht in Rom
Und nicht in Kirche, Münster, Dom,
Die Wahrheit liegt in der Natur,
Liegt überall, erforscht sie nur.
Drum frag ich nicht das Pfaffenchor,
Die faseln mir was frommes vor,
Ich frage lieber dich, mein Stein,
Du führst ins Paradies mich ein.
Und ich ergreif den schlichten Stein,
Und sieh, er wird in meiner Hand
Zum allerreinsten Diamant,
Von wunderbarem weißen Schein.
Und sieh, er führt mich auf den Pfad,
Dem ich im Traum mich oft genaht,
Und führt mich zum verschlossenen Tor
Ein weißer Wächter steht davor,
Der Cherub mit dem Flammenschwert.
Doch vor des Steines Strahlenklarheit
Geht auf das Tor und gottverklärt
Schreit ich ins Reich der ew'gen Wahrheit.

Wie aber steh nun ich zur Kirche?
Ich kann die Kirche nicht bejahn,
Noch kann ich sie verneinen auch,
Und sie, sie muß dasselbe tun,
Denn sie und ich, wir sind dasselbe
Und sind dasselbe nicht zugleich,
Und sind dasselbe doch zugleich,
Und nicht zugleich, und doch zugleich,
Das ist ja der reine Reigen,
Den ich da mit der heiligen Kirche aufführe,
Wir einen uns und trennen uns in schönster Harmonie,
Herr Ich — Fräulein Kirche.
Ist Fräulein Kirche hübsch und nett?
Das weiß ich nicht, ist mir auch schnuppe;
Mir gefällt der harmonische Reigen,
Das wiegt so schön, das wogt so schön,
und das gefällt mir wohl.

Ich erlaube mir also, mit Fräulein Kirche einen harmonischen Reigen aufzuführen, und das erlaub ich mir; ich bin der Sachse.

Schaut nicht nach meinem Bruder[1]) aus,
Der sieht mir täuschend ähnlich aus,
Doch hat er nicht mein Lockenhaar
Und nicht mein leuchtend Augenpaar.

Ich bin der Sachs hab ich gesagt,
Wir Sachsen, das sind wir,
Wir Sachsen sind das erste Volk,
Wir Sachsen sind die erste Kraft,
Wir Sachsen sind kein Junkervolk,
Wir Sachsen, wir sind nicht verpfafft,
Drum sind wir auch die rechte Kraft,
Drum sind wir auch das erste Volk.
Drum lieb ich dich, mein Sachsenvolk,
Drum lieb ich dich, mein Sachsenland,
O Sachsenvolk, o Sachsenland!
Drum bin ich stolz, der Sachs zu sein;
Und bins doch nicht, wie geht das zu . . . .?
Ich bin der Geist, der kommen soll,
Und bins doch nicht zugleich,
Es ist der Geist, der aus mir spricht,
Und ists doch nicht zugleich,
Ich bin es nicht, der aus mir spricht
Und bin es doch zugleich,
Die Wahrheit ist die Wahrheit nicht
Und ist es doch zugleich.

Noch eins: ich bin sehr musikalisch,
Wir aber haben kein Klavier,
Ich aber liebe das Klavier,
Denn das ist Harmoniemusik
Und ist mir lieber wie die Geige.
Was nun? ich geh zum Onkel[2]) hin
Und fange zu probieren an.
Die Tasten nun sind alles eins[3]),
Ich aber nehme das Extrem
Und fange bei den Schwarzen[4]) an,
Und finde gleich die Harmonie
Und kann keine einzige Note
Und finde gleich die Harmonie
Und spiel nun alles, was ich will
Und kenne keine einzige Note
Und spiel doch alles, was ich will.

Da hör ich Harmonien rauschen
Und singen wie aus andrer Welt,
Ich bin nicht mehr, ich bin ein Lauschen
Dem Strom, der mich umfangen hält.

Da rauscht und singt in Orgeltönen
Wie Jubelruf und wildes Weinen,
Wie Windeswehn und Glockendröhnen
In Wunderchören sich vereinen.

Die Töne tun mir wohl, das heißt;
Ein Stoff und Kraft und Liebesgeist,
Ein Ja und Nein, ein All und Nicht,
Die Einheit ist das Gleichgewicht.

---

[1]) Mein leiblicher Bruder Fritz, der Preuße.
[2]) England.
[3]) Das kosmische All-Elms.
[4]) Pfaffen.

Zusammenfassung und Epikrise.

I. Am Beginn der Psychose steht ein umschriebenes Erlebnis, das noch in engster Beziehung zu dem Erleben des Normalen steht. Es ist das jenes pantheistisch-mystische Erlebnis, das der Patient während einer Englandreise durchmachte. Es ist für den weiteren Verlauf der Erkrankung richtunggebend. Es tauchen in diesem Erlebnis schon auffallende Züge auf. Er denkt an eine Wiedergeburt seiner Schwester und entdeckt geheimnisvolle Beziehungen, die seine Familie betreffen. Nach diesem Erlebnis ändert sich die Lebensführung, er erscheint den Verwandten reizbar und beschäftigt sich nicht mehr mit seinem engeren Studium. Er selbst hat alle jene Momente zusammengestellt, welche dieses erste katastrophale Ereignis vorbereiteten. Gleichwohl kann ich Zusammenhänge in der Art, wie sie Freud, Bleuler, Jung fordern, nicht sehen. Vielleicht würden diese Autoren darauf Gewicht legen, daß der Patient immer wieder seinen weiblichen Einschlag betont. Ich kann aber keine verständlichen Zusammenhänge erkennen, die über das hinausgehen, was der Kranke selbst erzählt.

II. Die Phase der Erkrankung, die ihn 3 Jahre später in die Klinik führte, scheint bedingt durch einen inneren Konflikt. Er hatte sich bedrückt gefühlt durch den Zwang der Heuchelei den Verwandten gegenüber. Nun kommt hinzu, daß er einer selbstgestellten Aufgabe, seinem Faustgedicht gegenüber, versagt. Es kommt zu einer schwermütig sehnsüchtigen Stimmung, in der er durch Christus zum Abendstern geführt wird. Aber jetzt setzt jene Spaltung das Bewußtsein in ein befehlendes-kosmisches und in ein individuell untergeordnetes ein. Er muß auf Befehl des übergeordneten Bewußtseins den Wahnsinnigen spielen.

Dieses eigenartige Bewußtseins-Erlebnis des gespielten Irrseins ist, soweit mir bekannt, wenig beachtet. Es ist ja häufig, daß Schizophrene ein manieriertes und spielerisches Wesen zur Schau tragen. Der bewußte Willensentschluß zu spielen, wird jedoch in diesen Fällen nicht erlebt. Es ist in mehr als einer Hinsicht interessant, daß der wüste Rededrang, in dem sich der Patient seiner Aufgabe, den Wahnsinn zu spielen, entledigt, in allen Punkten denjenigen Sprachproben entspricht, welche Stransky erhielt, wenn er seine Versuchspersonen ins Blaue hinein, blind durcheinander unter Entspannung der Aufmerksamkeit sprechen ließ. Es ist charakteristisch und wesentlich, daß dieser sprachverwirrte Duktus gipfelt in dem Ausrufe: „Saxo sum!“ Er bringt denjenigen Gedanken zum Ausdruck, der unseren Patienten am stärksten bewegt, nämlich den, daß er zur geistigen Führung der Sachsen berufen sei. Auch hier macht sich also der Zwang zu sinnvollem Denken geltend.

Man muß dieses Bewußtsein, den Wahnsinn zu spielen, trennen von der doppelten Registrierung, wie sie Bleuler und Jaspers meinen. Diese Autoren meinen damit, daß die Patienten Ereignisse als reale Ereignisse erfassen und verarbeiten und das gleiche Erlebnis den Gebilden ihres Wahnes anpassen, ohne den Widerspruch als solchen zu erleben.

III. Während der Patient den Wahnsinn spielte, hatte er auch kataleptische Erscheinungen, es bestand eine ausgesprochene Flexibilitas cerea, daneben auch Negativismus, und zwar bestanden diese Symptome in jenen Momenten, da er unter dem Befehl des übergeordneten Bewußtseins handelte. Interessant ist

seine Äußerung, er habe den Arm in seiner Stellung belassen, weil es apathisch sein sollte, es sei aber verkehrt gewesen, denn er hätte ihn steif halten oder sinken lassen müssen. Als er später nochmals nach den kataleptischen Haltungen gefragt wird, verneint er einen verständlichen Zusammenhang und spricht von einer Art Wahnsinn, wo der persönliche Wille ausgeschaltet sei. Es ist also eine psychologische Motivation katatoner Erscheinungen nicht immer erweisbar. Ich habe allerdings einen akinetischen Zustand beobachtet, den der Patient darauf zurückführte, daß er den Hals von Messern umgeben glaubte, die ihn schneiden würden, wenn er sich bewegte. Ähnliche Angaben machen Nerval und Jaspers. Bleuler mahnt auch in den Fällen zur Vorsicht in der Deutung, in denen ein psychologischer Zusammenhang von den Patienten angeben wird. Er beobachtete, daß die Akinese hinaus ging über das, was die Halluzination oder Wahnidee erforderte. Jedenfalls schließen Beobachtungen, daß katatone Symptome psychologisch motiviert erscheinen, anders gerichtete Erklärungen dieser Erscheinungen nicht aus (vgl. hierzu Kleist).

IV. Die übergeordnete Stimme hatte sich in Herzklopfen vernehmbar gemacht, in welcher Weise läßt sich jetzt nicht mehr näher bestimmen. Klarer sehen wir in die Erlebnisse des nächsten Tages ein, an dem sich individuelles und kosmisches Bewußtsein vereinigt haben und sich ihnen ein drittes Bewußtsein frech von außen aufdrängt. Er hat eine harte maschinelle Empfindung (der Kranke sagt Gefühl), die vom Hoden ausgeht. Sie trägt Kurvencharakter, der Kranke sagt ausdrücklich: es sei eine objektive und internationale Kurve. Das Charakteristische der Kurve ist aber, daß sie etwas bedeutet.

Es sind also abnorme Bedeutungsbewußtheiten. Es schließt sich also an eine Halluzination im Gebiete der Körperempfindungen eine Wahnbewußtheit an. Wie eng die Beziehungen solcher Erlebnisse zu den gemachten Gedanken sind werde ich noch später ausführen.

Ich glaube nicht, daß es richtig ist, wenn Jaspers derartige Wahnbewußtheiten, wie sie in meinem Falle und in seinem des Dr. Mendel vorliegen, zu den Bewußtheiten des Normalen so stellt, wie die Vorstellungen zu Pseudohalluzinationen. Er verkennt das direkte halluzinatorisch-sinnliche Moment in diesem Erleben.

Jaspers hat zweifellos das Verdienst auf die ganze Problemsphäre der Bewußtheiten in der Psychopathologie energisch hingewiesen zu haben. Ich möchte hier nur die eigenartigen Beziehungen der Bewußtheiten zu Gefühlserlebnissen hinweisen. Mein Fall 20 sieht alle Dinge in einem ängstlichen Schimmer und gleichzeitig taucht in ihm die Bewußtheit auf, sie hätten eine bedrohliche Bedeutung für ihn. Patienten mit einem Bedeutungswahn nach der Richtung des Unheimlichen erleben auch das Gefühl des Unheimlichen. In dem Falle von Jaspers ist der Duft des goldenen Zeitalters dem Bedeutungswahn entsprechend über den Gegenständen. Überhaupt muß ich betonen, daß die Bewußtheiten sehr häufig an ein sinnlich gegenständliches Substrat anschließen. Vorstellungen und Gefühle rudimentärer Art sind wohl in der überwiegenden Zahl der Fälle neben ihnen nachzuweisen. Es scheint mir, daß auch die sogenannten leibhaftigen Bewußtheiten Jaspers nur solche sind, in denen dieser sinnliche Bestandteil stärker hervortritt. Es fällt mir, wenn ich die Protokolle von Jaspers durchsehe auf, daß es sich fast ausschließlich um Erlebnisse handelt, welche außerhalb des eigentlichen Sehraumes liegen. Ich weiß aus eigenen Untersuchungen,

Northwestern University
Medical School Library

daß Vorstellungen, welche ich hinter mich verlege, eine ungewohnte Blässe und Schattenhaftigkeit zeigen. Jaspers selbst hebt die Beziehungen zu den extrakampinen Halluzinationen Bleulers hervor, die er als eine besondere Art von Pseudohalluzinationen ansieht. Ich glaube, daß die leibhaftigen Bewußtheiten nichts anderes sind, als Verbindungen von Halluzinationen und Pseudohalluzinationen mit Bewußtheiten. Vielleicht darf ich an dieser Stelle anführen, daß die Depersonalisierten sehr häufig sagen, ihre Vorstellungen seien wie Gedanken, wiewohl die Untersuchung es wahrscheinlich macht, daß sinnliche Vorstellungen vorhanden sind. Es ist das nur ein Hinweis darauf, daß vorstellungsmäßig Gegebenes sich der Beachtung dann sehr leicht entziehen kann, wenn es in irgendwie ungewohnter Weise auftritt.

Bei unserem Patienten findet sich noch eine zweite Reihe von hierher gehörigen Erlebnissen. In der Zelle werden ihm die Falten der Bettdecke zu Symbolen für die letzten Dinge. Auch hier nichts anderes als Bewußtheiten, (sie sind an Sinneseindrücke angeschlossen), sie stehen aber zu dem Individuum in keiner engeren Beziehung. Es wird ihm jedoch unter Lustgefühlen bewußt, daß die Denkerlebnisse Resultate der eigenen Fähigkeit zu denken sind.

V. In der folgenden Nacht finden nun jene Bewußtseinserlebnisse statt, welche der Kranke als Inkarnationen bezeichnet. Sein Leib ändert sich und er nimmt die Psyche eines katholischen Schlesiers in sich auf. Es ist bemerkenswert, daß diese Inkarnation beginnt mit dem Bewußtsein erhöhter Kraft. Man vergleiche mit diesen auch von anderen Kranken gegebene Angaben, die Beobachtungen Baudelaires und Clarkes[1]) über den Haschischrausch.

VI. Mit diesen Erlebnissen schließt der akute Schub im wesentlichen ab, er dauerte vom 7. bis 10. Dezember. Freilich ist Karl O. auch nachher nicht völlig frei. Für ihn ist das Resultat aus dem Kampfe zwischen Genie und Wahnsinn eine erhöhte Macht über den eigenen Körper und eine besondere Einfühlungsfähigkeit, doch sind für ihn die inneren Kämpfe noch nicht abgeschlossen. Als er entlassen wird, zeigt er noch eine Reihe von schweren psychotischen Störungen, wie man in der Krankengeschichte nachsehen möge.

War nun die ganze akute Phase eine abnorme Reaktion auf einen lang vorbereiteten Konflikt (nach Hellpach und Jaspers eine produktive Reaktion) oder handelt es sich um eine somatische Verschlechterung, einen Schub? Bleuler spricht von Schizophrenen als von Leuten, welche auf affektbetonte Erlebnisse mit Halluzinationen etc. antworten. Wie in den meisten Fällen ist auch hier eine endgültige Entscheidung nicht möglich. Sollte nicht ein großer Teil jener schizophrenen Patienten auf affektbetonte Ereignisse deshalb mit einer (verständlichen) Psychose antworten, weil ein neuer Schub eingetreten ist? Man bedenke doch, daß das tägliche Leben uns ständig verletzt und uns ständig Unbilden zufügt. Wir sprechen von einem psychischen Trauma erst dann, wenn wir diese Verletzungen nicht mehr verwinden, daran kann aber eben der Krankheitsschub Schuld tragen. So wünschenswert also auch die Verwendung möglichst scharfer Begriffe ist, so muß doch gesagt werden, daß wir derzeit scharfe Trennungen noch nicht durchführen können. Das psychologische Interesse an den Erscheinungen der ausklingenden Psychose ist gering, nur die besondere Intensität des Traumerlebens sei als wesentlich vermerkt; sie findet sich häufig und macht

[1]) Nach Jastrow.

es erklärlich, daß diese Patienten Traum und Wirklichkeit nicht sondern, wie ich das jüngst erst wieder beobachten konnte. Es steht das im strikten Gegensatz zu dem Erlebnis der Depersonalisierten, diese scheiden scharf Traum und Wirklichkeit. Die Wirklichkeit wird nicht voll erlebt, sondern so als ob sie Traum wäre.

Vorbemerkungen.

Wir haben absichtlich diejenigen Punkte, welche vorwiegend unser Interesse fesseln, zunächst unberücksichtigt gelassen: Die Einfühlungsvorgänge, die Spaltung des Bewußtseins, die ekstatischen Zustände und die unbewußte dichterische Produktion. Sie sollen die Leitmotive der folgenden Darstellung sein.

Bevor wir diese beginnen, eine Vorbemerkung: Im Grunde sind alle Geisteskrankheiten Störungen und Änderungen der Persönlichkeit, wenn wir den weiten Begriff zugrunde legen, den wir in der Einleitung formuliert haben. Uns interessieren aber die Störungen des Selbstbewußtseins und die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins. Wir schieden ja zwischen Ich und Persönlichkeit einerseits und zwischen Ichbewußtsein oder Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein andererseits. Wir sprachen von Änderungen und Störungen des Selbstbewußtseins dann, wenn das Individuum sich zufolge einer Änderung im Vollzug der Akte als verändert bezeichnete, mochte es nun eine klare Einsicht in die Störung haben oder nicht. Nach unseren Definitionen ist jede Änderung des Selbstbewußtseins gleichzeitig auch eine Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins. Denn das Individuum wird sich ja bewußt, daß sich in der konkreten Abfolge der Erlebnisse eine für die Persönlichkeit wesentliche Änderung eingestellt hat.

Man müßte eigentlich scheiden zwischen dem Bewußtwerden einer Änderung und einer Täuschung über einen tatsächlichen Bestand im Erleben[1]). Es wären also zu trennen Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins und Täuschung über die Persönlichkeit. Die Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins fallen ja weitgehend mit den Störungen des Selbstbewußtseins zusammen.

Wir hätten also nach einer besonderen Gruppe zu suchen, welche durch Täuschungen über die Persönlichkeit charakterisiert ist. Das wären jene Paranoiafälle, die in einem starren Wahn über den Wert ihrer Persönlichkeit in der sozialen Welt befangen sind. Aber wir bemerken sofort ein inneres Widerstreben in uns in derartigen Fällen überhaupt von Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins zu sprechen. Wir reservieren jene Bezeichnung für Krankheitsfälle, die dem Beobachter die Meinung aufdrängen, das krankhafte Erleben spiele sich gleichsam in einer Oberschichte der Persönlichkeit ab. Das hieße aber mit anderen Worten, daß eben der setzende Aktcharakter des Wahnes ein eigenartiger sein muß, wenn wir von Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins sprechen sollen, und es muß auch die Möglichkeit bestehen, daß diese Veränderung im Selbst wenigstens in potentia vom Individuum erfaßbar ist. Man wird das Gesagte besser verstehen, wenn wir uns gegenwärtig halten, daß diejenigen Fälle, in denen Bonhoeffer von einer Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins spricht, ihr Wahnsystem aus gespielten Gedanken aufbauen (vgl. hierzu auch Delbrück). Auch hier zeigt sich also, daß sich Selbstbewußtseinsstörungen und Persönlichkeitsbewußtseinsstörungen nicht scharf trennen lassen.

---

[1]) Vgl. hierzu Ziegler.

Wir sind also durch die Tatsachen selbst entschuldigt, wenn wir eine scharfe begriffliche Abgrenzung von Störungen des Selbstbewußtseins und des Persönlichkeitsbewußtseins nicht vorgenommen haben. Wir haben uns jedoch bemüht, den psychologischen Sachverhalt im einzelnen Falle möglichst klar hervortreten zu lassen.

Man könnte meinen, jede Psychose beginne mit einer Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins. Die Klinik gibt dieser Anschauung nicht recht. Selbst wenn man von den bekannten Typen allopsychischer Desorientiertheit im Sinne Wernickes absieht (Delirium tremens, Alkoholhalluzinose und gewisse Paranoia-Formen), verbleibt eine Fülle von Psychosen, in denen Änderungen des Selbstbewußtseins und des Persönlichkeitsbewußtseins nicht erlebt werden. Manisch-depressive Kranke wollen sehr häufig nichts von einer Änderung der Persönlichkeit wissen.

Freilich, wenn sie aus der Attacke genesen, rückschauend ihre Erlebnisse überschauen, vollziehen sie das Urteil, sie hätten sich geändert oder wären verändert gewesen. Aber im Sinne unserer Definition ist das weder eine Änderung des Selbstbewußtseins noch eine solche des Persönlichkeitsbewußtseins.

Worauf es uns ankommt, ist immer wieder zu betonen, daß die von uns beschriebenen Störungen spezifische Erlebnisse darstellen.

Die leichteste Form von Änderungen des Selbstbewußtseins und Persönlichkeitsbewußtseins in unserem Sinne stellt der folgende Fall dar. Im Momente des Eintretens der akuten Psychose entsteht in der Patientin der Gedanke, sie sei verändert, er wird aber sofort wieder verworfen. Ich glaube, daß derartige Erlebnisse im Beginn schizophrener Psychosen nicht allzuselten sind.

Fall 28. Martha M., 37 Jahre. Vorgeschichte und Familienanamnese belanglos. Sie hört seit drei Jahren Stimmen, sie soll sich immer ängstigen. Sie sieht greifbar deutlich so wie sie den Arzt vor sich sieht, Menschen, die ihr falsch gesinnt sind. Es begann in der Nacht vom 22. zum 23. März 1911. Sie sah nachts auf dem Rittergut, wo sie angestellt war einen alten Herrn, am andern Morgen wurde sie von der Schwester gefragt, ob sie eine Stelle bei dem alten Sekretär annehmen wolle. Sie hatte nur einen Kopf gesehen, gesprochen hatte der Alte nicht. In der gleichen Zeit sah sie vor sich eine Karte; darauf stand, daß sie sich bei ihren alten Eltern verloben würde. Sie habe soviel Gottvertrauen, daß sie glaube, die Erscheinungen würden ihr nichts schaden können, aber sie leidet darunter. Oft habe sie eins vor den Kopf gekriegt, zuletzt hörte sie eine Stimme, die sagte, sie habe sich mit der Feder ins Gesicht geschnitten. Sie hörte auch einen Arzt sagen, wir wollen ihrs schon begreiflich machen. Sie hört manchmal eine feinere, manchmal eine gröbere Stimme. Diese sagen, „weißt du denn auch, wo dein Vater ist" oder „nun wünscht wohl das Brautpaar auch etwas Streupulver" dabei hat sie Schmerzen in der Herzgegend. Früher hatte sie das Gefühl, als ob Leichengeruch oder Salmiak durch ihren Körper zöge. Manchmal war es auch, als ob der linke Arm mit Sand bestreut würde. Sie weiß bestimmt, daß der Teufel dies alles verursacht, vom Gehirn könne es nicht ausgehen. Sie vermutet, es sei eine Rache des Teufels, weil sie der apostolischen Gemeinde angehöre. Sie meint, ihre Gedanken seien vollkommen klar, nur zeitweise sei sie etwas vergeßlich. Trotz der massenhaften halluzinatorischen Erlebnisse fühlt sie sich in ihrer Persönlichkeit nicht verändert. „Nur im Krankenhaus in O. glaubte ich, es sei eine Veränderung vorgegangen und ich war mir selbst durch die ganzen Vorkommnisse unheimlich." Sie ist seit dem Beginn ihrer Erkrankung mehrfach in Kranken- und Siechenanstalten gewesen, war jedoch in der Zwischenzeit immer in Stellung, behauptet sich auch jetzt als Kinderpflegerin. Sie hat jedoch viel gewechselt. „Ich mußte aus einem Unglückshaus ins andere."

Über die Ichbeziehungen des Denkens.

Unseren Denkerlebnissen gegenüber haben wir bald den Eindruck, sie durch unseren Willen hervorgebracht zu haben, bald überfallen und überwältigen sie uns, sie strömen uns zu, ohne daß wir uns eines Willensentschlusses bewußt werden.

Aber auch diejenigen Gedanken, welche uns als Geschenk zuteil wurden, sind eigene Gedanken, sie tragen den Ichcharakter an sich. Und wir haben es schon angedeutet und werden es noch tiefer zu ergründen suchen, daß es nicht die schlechtesten und wertlosesten Einfälle sind, welche sich uns so darbieten. So verschieden das aktive und das passive Denkerlebnis sein mag, in einem sind sie sich gleich. Es sind Icherlebnisse. Wenn wir im vorangehenden zwischen echtem und unechtem, vereinheitlichtem und widersprochenem, reichem und armem Erleben schieden, diese Unterscheidungen müssen sowohl im aktiven wie auch im passiven Seelenleben gemacht werden. Ich weiß nicht, ob diejenigen Autoren, welche Aktionsgefühle annehmen, diese auch dem passiven Seelenleben zuerteilen, jedenfalls haben passives Erleben und Depersonalisation nichts miteinander zu tun. Auch passive Erlebnisse können depersonalisiert sein. Man vergleiche die Ausführungen des ersten Kapitels.

Wie gegenüber den passiven Denkerlebnissen läßt sich auch angesichts der Zwangsgedanken die Frage aufwerfen, ob denn das zwangsmäßig Gegebene dem Ich zugehört.

Zwangsvorstellungen und Zwangsgedanken kennzeichnen sich durch den Charakter des Zwanges, sie drängen sich störend in den seelischen Ablauf, haben die Tendenz gegen den Willen des Individuums zu verharren und stehen dem übrigen Bewußtseinsinhalte fremd oder relativ fremd gegenüber. Welche formale Eigenschaften es sind, die den Zwangsvorstellungen ihre abnorme Beharrungsfähigkeit und ihre störende Wirksamkeit im Seelenleben geben, steht hier nicht zur Diskussion. Ich verweise auf Janet, Friedmann[1]). Als deskriptives Merkmal der Zwangsphänomene selbst hebe ich mit Friedmann die Unabgeschlossenheit und die Abschlußunfähigkeit hervor. In seiner letzten hierhergehörigen Arbeit hebt Friedmann gleich uns hervor, daß gewisse Punkte des normalen Denkverlaufes fixiert erscheinen. Es ist zweifellos eine häufige Tatsache, daß Zwangskranke sich der relativen Selbständigkeit der aufgezwungenen Gedanken oder Vorstellungsgruppe bewußt werden, sie sprechen dann von einer Verdoppelung des Ichs. All das wird uns leicht verständlich, wenn wir berücksichtigen, daß der Zwangscharakter (auch nach unserer Ansicht ein letztes, nicht weiter zerlegbares seelisches Erlebnis) eine ständige Beobachtung erzwingt. Es ergeben sich schließlich sehr ähnliche Bedingungen, wie wir sie in den vorangehenden Kapiteln eingehend analysiert haben. In der Tat sind die Beziehungen zwischen Zwangserscheinungen und Depersonalisation sehr innige. Es finden so die von Hesnard mitgeteilten Beobachtungen von Regis ohne weiteres ihre Erklärung. Es ist ein und dasselbe Ich, welches die Zwangsinhalte erfaßt, und dann wieder konstatiert, daß die Zuwendung zu diesen Inhalten eine zwangsmäßige war. Keine Rede von Ichverdoppelung. Durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Dr. Pönitz bin ich in der Lage, über eine von

[1]) Zuletzt auch Stöcker.

ihm gemachte Beobachtung hier zu berichten. Der Fall stammt aus der Hallenser Klinik.

Fall 29. Es handelt sich um einen 40jährigen Maschinisten E. H., der nicht erblich belastet ist, der stottert und von Kindheit an immer nervös gewesen sein soll. Er hat in den letzten 10 Jahren viermal „Anfälle von Angst" gehabt. Diese Angstzustände dauerten höchstens bis zu 14 Tagen, danach fühlte sich Patient wieder vollständig wohl. Diesmal dauerte. der Angstzustand 11 Wochen und Patient kam deshalb im August 1913 in die hiesige Klinik. Er wurde im Dezember als gebessert entlassen, kam jedoch im Januar 1914 wieder mit denselben Beschwerden und ist dann Mitte Februar als gebessert entlassen worden.

Körperlich sind an dem Patienten keinerlei krankhafte Erscheinungen nachzuweisen.

Psychischer Befund im September 1913:

Es sei ihm, als ob zweierlei Gedanken in ihm seien, er will es nicht denken, er kämpfe dagegen an, aber es sei, als ob das Böse die Oberhand über ihn gewinne.

An solchen Gedanken leide er schon seit dem 17. Lebensjahre, damals ging es aber rasch vorüber, Patient machte sich nicht viel daraus.

Früher haben sich seine Zwangsvorstellungen nur auf seine eigene Person bezogen, jetzt auch auf die Familie. Er habe aber sonst ganz seinen richtigen Verstand, er wisse ganz genau, was er mache. Halluzinationen und Illusionen sind nicht nachweisbar. Patient hat kein Mittel gefunden, diese Gedanken zu betäuben. Er weiß stets genau zu sagen, zu welcher Stunde und an welchem Orte ein solcher Gedanke aufgeblitzt ist. Er fühlt sich dabei körperlich auch ganz unwohl (Herzklopfen, kann nichts essen und trinken). Die Gedanken verfolgen ihn dann immer einige Wochen, dann trägt der gute Gedanke den Sieg davon und das Essen schmeckt wieder. In solchen Perioden ist es immer ein Gedanke, der ihn verfolgt. Den jetzigen Gedanken hat er seit 11 Wochen: Er denkt: „Bis es meine Frau totgeschlagen hat, ist Gott gelobt!" und der böse Gedanke: „Bis es meine Frau totgeschlagen hat, ist Gott verflucht." Er könne das gar nicht richtig denken und in Worte fassen, es sei ihm dann, als ob er umfallen müsse.

Patient merkt jetzt, daß es besser wird. Die Gedanken bestimmen ihn jetzt nicht mehr den ganzen Tag.

Außer diesen schweren Vorstellungen hat er auch noch leichtere, z. B. wenn er auf der Straße Rad fährt, denkt er sich: „Wenn du den Wagen dort überholst, so lebst du noch lange!"

Selbstmordgedanken hat er nie gehabt.

12. IX. 1913. Patient erzählt heute u. a. folgendes:

„Die Gedanken überfallen mich ganz plötzlich. Ich weiß noch, das letztemal ging ch ganz gesund auf den Abort und vollständig verändert kam ich wieder heraus."

„Es ist mir, als ob eine zweite Person in mir stecke, die mich plötzlich überfällt. Es ist furchtbar schwer mich auszudrücken. Diese Person kommt mir ganz fremd vor, sie denkt Sachen, die ich gar nicht denken kann. Sie sagt z. B. „Verfluchtes Aas!" In meiner Familie wird aber so was nie gesprochen. Wenn nun das Wort „Verfluchtes Aas" gedacht wird, dann bekomme ich schon Angst, daß es mit Gott in Zusammenhang gebracht werden könnte, da sich ja alle meine Zwangsvorstellungen meist auf religiöse Sachen beziehen. Ich denke dann: „Gott ist kein verfluchtes Aas!" und nun habe ich eine entsetzliche Angst, daß ich einmal denken könnte: „Gott ist ein verfluchtes Aas!" Patient macht alle diese Angaben heute spontan, nachdem er Referenten zu sprechen wünschte. Fragen wurden dabei vom Referenten nicht gestellt. Patient erzählt auch, daß er, bevor er hereingekommen sei, Angst gehabt hätte, es sei eine Geisteskrankheit. Durch seine wiederholten Unterhaltungen mit dem Referenten fühle er sich jedoch beruhigter, wenn auch noch die Zwangsvorstellungen hin und wieder kämen. Auch wenn er mit anderen Patienten spazieren ginge, fühle er sich ganz wohl.

„Es sei immer die „Angst, die Angst vor der Angst". Das sei die eigentliche Krankheit. Er würde gern einmal mit dem Pastor sprechen, aber wenn der etwa sagen würde, es sei eine Sünde, so sei ihm auch nicht geholfen. Wenn er sich einmal ausgesprochen habe, fühle er sich immer wohler.

Ich wende mich dem eigenen Material zu. Unser Patient Karl O. fühlte sich in ein kosmisches und in ein individuelles Bewußtsein gespalten. Das kosmische

gab dem individuellen den Befehl sich wahnsinnig zu stellen, es war eine übergeordnete Stimme. Er ist sich klar darüber, daß diese übergeordnete Stimme aus seinem eigenen Bewußtsein entspringt. Das Verhalten des untergeordneten Bewußtseins ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Auf den Befehl des übergeordneten Bewußtseins produziert es ein klassisches Beispiel von Sprachverwirrtheit, genau so wie das Stransky bei Gesunden hat erzielen können, wenn er sie veranlaßte, bei entspannter Aufmerksamkeit möglichst rasch das auszusprechen, was ihnen gerade einfiel. Man kann also eben mit Rücksicht auf diese Versuche bei Normalen den Tatbestand in verhältnismäßig durchsichtiger Weise so darstellen, daß das übergeordnete Bewußtsein eine entsprechende Determination gibt, welche von dem untergeordneten Bewußtsein übernommen wird. Mit anderen Worten, der Tatbestand ist völlig der gleiche wie in anderen Fällen, in denen ich mich einem Vorsatz entsprechend benehme. Es liegt kein Grund vor, dann von einer Verdoppelung des Ichs zu sprechen. Nun könnte ja der Vorsatz bei unseren Patienten psychologisch eigenartig charakterisiert sein, ohne daß die für uns wesentlichen Momente eine Änderung erfahren. Keinesfalls handelt es sich um eine imperatorische Halluzination, denn der Kranke weiß, daß der Vorsatz von einem Bewußtsein in ihm ausgeht. Der Vorsatz imponierte anscheinend deshalb als besonderes Persönlichkeitserlebnis, weil er sich scharf und klar von dem Erleben des Alltags abhob.

Unsere Deutung wird noch wahrscheinlicher, wenn wir uns die weiteren Details des Widerstreits der beiden Bewußtseine vergegenwärtigen. Das ungeordnete Bewußtsein mußte dem übergeordneten, wie der Patient sagt, sklavisch gehorchen. Aber es lehnt sich zeitweise doch gegen das übergeordnete auf. Hier haben wir das genaue Wiederspiel des Widerstreits der Motive, nur daß jedes einzelne der Motive gleichsam personifiziert und verselbständigt wird. Von einer Nichteinheitlichkeit des Ichs in derartigen Momenten des Willensentschlusses zu sprechen, liegt ebensowenig Veranlassung vor, wie beim Willensentschluß oder bei der Denkentscheidung des Normalen.

Warum aber, so wird man fragen, erwächst aus diesem deskriptiven Tatbestand nicht die Depersonalisation? Ich glaube deshalb, weil das untergeordnete Bewußtsein eben gehorcht. Und um diese Fragen allgemeiner zu beantworten. Ich bin der Ansicht, daß sich im Depersonalisationserlebnis stets der innere Widerspruch nachweisen läßt. Aber umgekehrt läßt sich nicht sagen, daß jeder Widerspruch Depersonalisation im Gefolge hat oder exakter ausgedrückt, daß überall dort, wo der innere Widerspruch vorhanden ist, auch die Depersonalisation nachgewiesen werden kann. Es muß der Widerspruch offenbar eine gewisse Stärke erreichen und er muß gleichsam ein aktueller Widerspruch sein, der in das Erleben mit eingeht.

Nach der Attacke hat sich auch bei unserem Patienten das individuelle und das kosmische Bewußtsein wieder vereint. Es ist gleichsam der Denkentscheid erfolgt und als jetzt neuerdings Gedankenreihen auftraten, welche seiner Gesamtrichtung nicht entsprechen, spricht er von einem dritten Bewußtsein, das sich frech aufdrängt.

Daß bei geistigen Erkrankungen eine Ichspaltung in der Art eintritt, daß eine Gedankenreihe des Individuums ihre völlige Klarheit behält und die krankhaften Äußerungen einer anderen Reihe als krankhaft registriert, ist sicher keine ganz seltene Erscheinung. Hierher gehören alle jenen Berichte über

delirierende Individuen, welche ihre Delirien beachten und sie zu unterdrücken versuchen (Friedreich, Grasset) nur eben, daß in unserem Falle die geistige Störung im Sinne der Determination verläuft, während sich dort das Delirium gegen die Determination behauptet.

Nun zu einer neuen schwierig zu deutenden Gruppe von Erscheinungen. Wir bringen zunächst unsere Beobachtungen.

Fall 30. Max Gl., 38 Jahre. Er ist seit mehreren Jahren nervenleidend, war auch schon in Anstalten. Beginn: Alles kam ihm so verändert vor. Auch jetzt hat er noch das gleiche Gefühl. „Das sehe ich ohne weiteres ein, daß jeder Mensch anders ist als ich. Meine Gedanken können von jedermann beeinflußt werden." Z. B., jetzt fing er in der Straßenbahn unwillkürlich zu lachen an. „Jedenfalls war ich dazu beeinflußt worden." Er merkt seine Veränderung an allem, was vorgeht. Er sei früher so unbewußt herumgelaufen. Sein ganzes Denken sei vollkommen anders geworden. Er nähme jetzt die Sachen viel ernster, während er früher über alles viel leichter hinweggegangen sei. „Ob das allerdings meine eigenen Gedanken sind, kann ich nicht behaupten. Ich bin klüger geworden, aber ich bin noch nicht auf der Höhe, wo ich sein müßte. Daß mir noch etwas abgeht, schließe ich aus der Beobachtung anderer Menschen. Es fehlt mir der Zusammenhang." Seine Gemütsbewegungen können furchtbar leicht beeinflußt werden. „Wenn ich mich auf einen Punkt konzentrieren will, so kommen unwillkürlich Tränen." Das Gefühl der Freude, der Trauer, des Mitleids sei noch vorhanden. Frau und Kinder habe er gerne. Durch die Veränderung sei ihm vieles aufgefallen. „Etwas Falsches ist mir dabei eingelegt worden. Das sind nicht meine Gedanken, sondern sie sind mir beigelegt worden." Bittet aufstehen zu dürfen und spricht stehend weiter. „Ich weiß nicht, ob die Kinder auf diesem Wege zustande kommen oder auf jenem, jedenfalls kommen sie auf dem früheren Wege nicht zustande. Das behaupte ich. Ich habe mich schon früher dafür interessiert." Früher habe er den Geschlechtsakt nur so ausgeführt.

„Was mir fehlt, weiß ich alles, vielleicht nur den Anfang und das Ende nicht." Der Körper sei elastischer geworden. Herz und Lunge seien nicht verändert. Die Außenwelt an sich sehe ich noch so wie früher. Die Bäume und Sträucher sehe ich schärfer als früher. Ich sehe z. B. die Linde und weiß, daß man aus jedem Baum, aus jedem Strauch, jedem Blatte, jedem Vogel etwas herauslesen kann." Er gibt jedoch keine Auskunft darüber, was er herausliest. „Vielleicht, daß ich mit dem Hunde und jedem Pferde sprechen kann, z. B. durch Okkultismus, durch die Augen." Er betont immer wieder, daß ihm diese Gedanken „von liebenswürdiger Seite" eingelegt sind.

(Wer hat diese eingelegt?)

„Es muß doch Menschen geben, die dazu imstande sind. Das ist mir eben alles in dieser Zeit gekommen. Ich konnte gar nicht anders denken, das Denken ist eben einfach da. Ich hatte mich vorher mit der ärztlichen Wissenschaft beschäftigt. Auf der Straße machen die Leute Bewegungen. Ich schließe daraus, daß das etwas zu bedeuten hat." Es sei das schließlich die altgriechische Wissenschaft. „Das muß ich aber sagen, das hat auch etwas zu bedeuten, ich kann die Gedanken, die mir gegeben sind, nicht festhalten. Ich bin vielleicht einer der Auserwählten, habe aber vielleicht etwas versehen." „Die Gedanken, die mir früher entfallen waren, sind alle aufgefrischt. Die Gedanken aus meiner Kindheit sind wieder wie früher." Er will sich in die Klinik unter der Bedingung aufnehmen lassen, wenn ihm das gegeben würde, was ihm gegeben werden soll. Seine Großmutter versprach ihm, er solle ihr Erbteil der seherischen Gabe bekommen. Das ist ihm jedoch von irgendeiner Seite genommen worden. „Denn einmal habe ich gesehen, jetzt tappe ich im Dunkeln." Beim Arbeiten sei er kaput im Kopfe.

Er erzählt das alles formal gewandt, fließend ohne jedes Stocken in dem Tone eines Menschen, der geheimnisvoll — wichtiges erzählt.

Der körperliche Befund ist vollkommen negativ.

Die klinische Diagnose der Schizophenie ist unanfechtbar. Das Krankheitsbild läßt sich dahin kurz charakterisieren, daß die Welt für den Kranken eine neue Bedeutung erhalten hat. Und diese neuen Gedanken sind gemachte Gedanken. Auch seine Gefühle werden so beeinflußt.

Fall 31. Hermann C., geb. 1862. Familienanamnese belanglos. Die Vorgeschichte zeigt wenig Besonderes. 1892 Heirat, glaubte sich 1894 von der Frau betrogen, ließ sie durch Detektivs beobachten, wurde 1913 von ihr getrennt. Bereits 1896 hatte er eine Vision eines schwarzen Mannes und einer Frau, sah auch Fratzen, die ihn erschreckten. Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik, September 1913, erwies er sich als orientiert und geordnet. Intelektuell zeigte er keine Einbuße. Er erwies sich als ruhiger Patient. Über sein Leiden verfaßte er folgende Selbstschilderung, die ich im folgenden fast ungekürzt wiedergebe.

„Die bei mir wahrscheinlich schon früher vorhanden gewesenen Stimmengeräusche sind mir, soweit mir noch erinnerlich, 1905 zum Bewußtsein gekommen, was zur Folge hatte, daß sich ein großes Angstgefühl verbunden mit Schreikämpfen bei mir auslöste. Gleichzeitig mit diesen Stimmen, die sich zuerst in wüsten Drohungen, Beschimpfungen nicht nur meiner Person, sondern auch meiner Eltern und Freunde ergingen, bemerkte ich aber auch die Fähigkeit, daß meine Gegengedanken bzw. Verteidigung sofort in Rede umgesetzt wurden, so daß regelrechte Wortgefechte, namentlich im rechten Ohr, entstanden sind, die ich noch heute habe, wobei die Person, welche diese beiderseitigen Gedanken in Worte umsetzt (oft in tieferer oder höherer Stimme) von irgendeiner Seite als „Übersetzer" oder „Sprecher" bezeichnet werden. Diese Stimmen höre ich nun namentlich im rechten Ohr, unausgesetzt im Bett oder allein, im Freien, Zimmer etc. sehr laut, wobei sich auch Stimmen aus Räderrollen, Maschinenbrummen, Eisenbahnräderklappern herauslösen. (Letztere sind oft mit humoristischen Einfällen und Gelächter verknüpft, so daß ich oft nur mühsam den äußeren Ernst bewahren kann.) Die Stimmen sind mir natürlich sehr lästig, da sie mich viel ärgern; der Schlaf bleibt dann weg, eine innere Hitze vom Unterleib ausgehend mit starker Schweißbildung überfällt mich; mitunter tritt auch ein starker vom Mittelgehirn nach links sich verbreitender Druck auf, der sich langsam nach dem linken Auge senkt, dort erst Funken in gelber, roter oder grüner Farbe oder Zickzacklinien leuchtend hervorruft und nach und nach als ganz schwarze Binde sich zur Hälfte über das Auge legt, wobei mir dann einer zuruft: Hund verdammter, wenn ich dich nur ganz blind machen könnte. Ähnliche Äußerungen bei plötzlich auftretenden Herzschmerzen kommen auch vor, ebenso bei Kehlkopfkrämpfen, wobei ich erwürgt werden soll. (Der Atem bleibt plötzlich aus.)

Lese ich irgend etwas, so liest jemand vernehmlich mit, schiebt, um mich zu ärgern, falsche Worte in demselben Druck oder in derselben Schrift ein und freut sich, wenn ich den Satz nochmals lesen muß. Ferner unterscheide ich auch Stimmen von gebildeten und ungebildeten Leuten, auch Stichworte, wie Epaminondas etc. werden gebraucht als Erkennungszeichen für die Stimmen. Englische und französische Brocken allgemeiner Art werden gebraucht. Gesichter, Larven, ja sogar mein eigenes Gesicht im Dämmerlicht werden nebst Bildern aus meiner oder anderer Vergangenheit vor innere Augen geführt, während vor äußeren Augen oft andere Visionen erscheinen. Rege ich mich über manche scheußliche Bilder sehr auf, so werde ich förmlich gewaltsam innerlich festgehalten: „Du sollst, Du mußt es sehen." Neuerdings mehren sich aber nun Einflüsse, die mir wirklich Angst machen. Das sind die Bemühungen, mich auf verbrecherisch erotische Wege zu bringen. Mit starkem Druck auf meine Hände und Arme soll ich unter wollüstigen Worten kleinen Mädchen unter die Röcke greifen oder erwachsenen, wie sie sich vor mir bücken. Ganze Pläne werden mir entworfen, wie ich dies am besten ungesehen von Dritten ausführen könnte und für Mißlingen hätte ich ein Messer.

Auch bei Fällen, wo ich mit jemand wirklich mündlich gestritten habe, werden in ganz sinnloser Weise die blutigsten Rachegedanken mir zur Ausführung oft mehrmals wiederholt, trotz aller meiner teils in spöttischer oder wütender Weise erfolgten Ablehnung. Jetzt kann ich mich diesen unheimlichen Einflüssen noch erwehren, aber wie lang noch und dieserhalb möchte ich hauptsächlich um Rat und Hilfe ergebenst bitten.

Was mir aber bisher am meisten geschadet, das ist der mich sehr häufig unter Hohn und Spott verfolgende Wandertrieb. Kaum bin ich einige Wochen an irgendeinen Ort in Beschäftigung, so heißt es: Komm C., hier ist es langweilig, wir gehen wieder wo anders hin. Der Sprecher nennt sich, ich bin der ich bin.

Ferner schadet mir auch in geschäftlicher Hinsicht, die mir wahrscheinlich von meiner Frau beigebrachten Angstgefühle, bei geschäftlichen Besuchen, ja vor jeder bestehenden Unterredung. Sie spricht dann auf mein Vorhalten, daß dabei doch keine Angst nötig sei. Ich weiß dann nicht, was ich reden soll. Ist da keine Befreiung nötig? Die täglichen Gespräche und Beeinflussungen (die große Kauflust, sobald einiges Geld vorhanden, ich soll kein Geld haben) sind so mannigfaltig, daß ich sie hier nicht alle aufführen kann.

Besonders interessante Visionen.

Ich sitze vor einiger Zeit im dritten Stock abends, bei Lampenlicht an belebter Straße und lese Zeitung. Vor mir steht ein leeres Wasserglas, in das ich öfter gedankenlos schaue. Plötzlich bildet sich im Glase selbst (Rundung) eine hellbeleuchtete Kleinstadtstraße mit hellbeleuchteten Läden, wovon ein Färbereiladen mit gefärbten und gereinigten Kleidungsstücken an der Ecke einer dunklen Gasse hervorsticht. „Färberei" war trotz der Kleinheit deutlich zu lesen. Dann kommt Publikum, winzig kleine Menschen, bleiben vor den Läden stehen und gehen weiter. Es regnet. Ich sehe mir das eine lange Zeit an, gehe an mein Stubenfenster, vergleiche ob es möglich ist, daß eine Spiegelung von außen möglich sei, doch ist dies schwer in einer Höhe von drei Stockwerken, wenn das Glas inmitten des Zimmers steht und außerdem existierte auf der Straße kein derartiges Geschäft. Allmählich zerrann das Bild im Glase.

Ferner: Ich befinde mich auf einer Dorfstraße bei Dresden an einem heißen Sommertage. Eine Stimme spricht: Ich will dir zeigen, wie mächtig wir sind, siehe hin gegen Westen, soeben werden dort Gewitterwolken entstehen und sofort wird das Gewitter hier sein. Was auch sogleich mit rasender Schnelligkeit in Strömen von Regen geschah, ganz ohne Sturm! „Wir könnten das ganze deutsche Heer auf einmal von der Erde blasen, wenn wir wollten, denn wir besitzen eine unüberwindliche Kraft." Ich solle stolz sein, daß mir diese Offenbarung wurde. Was ich natürlich nicht glaubte und ihm auch sagte.

Einen Überfall im Bette möchte ich noch schildern. Ich war kaum im Bett, hatte das Fenster der Wärme wegen offen gelassen, als ich plötzlich mit großer Schnelligkeit aus dem Bette heraus und nach dem offenen Fenster stürzen mußte, würde ich nicht sofort beide Arme vorgestreckt und mich am Fensterbrett fest angeklammert haben, so wäre ich unbedingt zum Fenster hinausgestürzt."

Der Patient gibt hierzu noch an, er habe seine Frau im Verdacht, Urheber der Hypnose zu sein. Es war ihm aufgefallen, daß sie, wenn er sie früher in Erregung schlagen wollte, ihn nur mit einem Blick anzusehen brauchte, um ihn unfähig zu machen zuzuschlagen. Vielleicht sei es aber auch eine Loge, die ihn verfolge. Der Wechsel der Stimmen weise auf eine Mehrzahl von Personen hin. Der Zweck sei, die Familie aussterben zu lassen. Er bringt diese Wahnideen im Tone des Zweifels vor. Er denkt noch daran, daß es Krankheit sein könne. Er wünscht aber Gegenhypnose, um die Beeinflussungen zu beseitigen.

Die klinische Diagnose der Paranoia im Rahmen endogener Verblödungsprozesse braucht wohl nicht näher diskutiert zu werden. Es interessiert die Symptomatologie. Es ist ein Fall von klassischem Gedankenlautwerden. Auch das ist typisch, daß Rede und Gegenrede in verschiedenem Tonfall gehört wird. Es sind hierzu die Arbeiten Séglas und von Pfersdorff zu vergleichen.

Bemerkenswert sind ferner die Zwangsantriebe über die der Patient klagt. Sie entsprechen symptomatologisch in einem Punkte, den Zwangsantrieben der Psychastheniker, die Unsinnigkeit der Zwangsantriebe wird erkannt. Es besteht jedoch eine entscheidende Differenz. Der Psychastheniker ist sich darüber klar, daß diese Zwangsantriebe von ihm selbst ausgehen, während unser Patient die Zwangsantriebe als eingegeben und gemacht ansieht. Auf welchen Momenten dieser fundamentale Unterschied beruht, muß erst in eingehender Analyse untersucht werden. Neben den Zwangsantrieben bestehen auch noch Pseudohalluzinationen, welche gleichfalls den Charakter des Vorgespielten und Gemachten tragen. Wir heben besonders hervor, daß sich unter ihnen auch die autoskopische befindet.

Auf die übrigen Details gehe ich, wiewohl sie interessant sind, nicht näher ein. Die Krankengeschichte enthält sie, damit ein Gesamtbild des Falles ermöglicht werde. Ich verweise auf die den Beschreibungen Pfersdorff entsprechenden Lesestörungen und die eigenartigen gemachten „migräne"-ähnlichen Attacken.

Ich beschäftige mich jetzt mit denjenigen Erscheinungen des Seelenlebens, welche sich durch den Charakter des fremden und gemachten kennzeichnen lassen.

Ich gehe von einem möglichst einfachen Falle aus. Ein Patient mit mannigfachen genitalen Sensationen klagt: „Wenn jemand laut lacht, so ist es so, wie wenn ich auch mitlachen müsse, ohne daß ich weiß, weshalb die Person lacht." Der gleiche Patient sagt: „Heute Vormittag rutschte jemand am Stuhle, es durchzuckte da richtig den Körper." Der gleiche Patient sagt, er denke selbst gleich die Gedanken des anderen mit, wenn es jemanden sehe und wenn ihn jemand anrede, so spreche er es auch mit, wenigstens in Gedanken.

Nun ist ja die erste Erscheinung etwas durchaus Normales, weshalb empfindet der Patient diesen Instinkt des „Mitmachens" als etwas Besonderes? Vielleicht erklärt das zweite Erlebnis etwas! Auch hier ein Erleben, welches im Bereich des Normalen ist, aber diese Mitempfindung geht zum mindest in ihrer Wirksamkeit weit über das Normale hinaus. Schließlich jeder erkennt gewissermaßen die Gedanken desjenigen, den er sieht und viele sprechen das in Gedanken mit, wenn zu ihnen gesprochen wird. Ich glaube, es ist das Wahrscheinlichste, daß in allen diesen Erlebnissen Mißempfindungen enthalten sind, welche sie den Kranken als unnatürlich erscheinen lassen. Und nun vergleiche man hiermit die Klage unseres Patienten Gl., jeder Mensch könne ihn beeinflussen und er habe in der Straßenbahn unwillkürlich lachen müssen.

Unser Patient Karl O. nimmt aber direkt eine fremde Beeinflussung wahr, an die sich Bewußtheiten knüpfen. Es sind das jene halluzinatorischen Wahrnehmungen von Kurvencharakter, über die wir bereits im vorangehenden berichtet haben.

Es ist zu fragen, ist Derartiges in allen Fällen von „gemachten Gedanken" nachweisbar?

Versuchen wir zuerst bei unserem Patienten Gl. (Fall 30) darüber ins Klare zu kommen. Wir müssen sagen, es ist nichts entsprechendes nachweisbar. Wir konnten von ihm nicht erfahren, weshalb er die „von liebenswürdiger Seite eingelegten" Gedanken eben als eingelegte ansieht. Das Moment der inhaltlichen Fremdheit der Gedanken kann man wohl kaum heranziehen, denn zu unserer Überraschung erfahren wir von dem Patienten, daß er gar nicht weiß, welches der Inhalt der Gedanken ist. Auch Pfersdorff hat gefunden, daß die Kranken zumeist „keine Angaben über den Inhalt der fremden gemachten Gedanken und ihrer Antwortgedanken mitzuteilen imstande sind." Allerdings erfahren diese Erwägungen dadurch eine Einschränkung, daß die Sphäre, aus der die Gadanken stammen, den Patienten sehr wohl bekannt ist. Es ist die Sphäre des Bedeutsamen und Merkwürdigen[1]). Das Phänomen ist jedoch mit der Bezeichnung inhaltliche Fremdheit nicht einmal beschrieben, geschweige denn erklärt. In diesem Falle also bleiben die gemachten Gedanken ein nicht weiter zurückführbares Bewußtseinserlebnis. Ich habe nur noch hinzuzufügen, wiewohl das Material des Gedankens ein fremdes ist, ist es der Patient selbst, der diese Gedanken denkt, das Erlebnis trägt, den Ichcharakter. Ja, der Patient legt dem Denken der fremden Gedanken eine so große Bedeutung bei, daß er sich wesentlich anders fühlt, seitdem er diese Gedanken denkt.

[1]) Eine Pathologie des Sphärenbewußtseins (vgl. hierzu Bühler) ist noch in Angriff zu nehmen, sie verspricht reiche Ausbeute.

Zu anderen Ergebnissen führt die Analyse in unserem Fall 31. Wenn er sagt, ganze Pläne werden mir entworfen und kurz darauf „in ganz sinnloser Weise wurden die blutigsten Wahngedanken zur Ausführung wiederholt!" so scheint es sich doch um sinnliche Anhaltspunkte zu handeln (halluzinatorische Wahrnehmungen), an welche sich die eigenen Gedanken und Triebe anschließen sollen.

Man möge sich auch gegenwärtig halten, daß bei diesem Patienten das Gedankenlautwerden die Annahme nahe legt, daß abnorme Erregbarkeitsverhältnisse auf gedanklich akustischem Gebiete bestehen. Es könnten also akustische Halluzinationen die Grundlage für das Erlebnis abgeben. Man erwäge nun folgendes: Es sind die Erscheinungen des Gedankenlautwerdens verständlich unter dem Gesichtspunkte, daß reproduzierte Elemente aus irgend einem Grunde Wahrnehmungscharakter erhalten. Mitempfindungen im Muskelsinn können aber in gleicher Weise als konstituierend gedacht werden. Schließlich fallen abnorme Sprachbewegungsimpulse, psychophysisch in die gleiche Kategorie. Auch abnorme Sprachbewegungsimpulse können als Material für die Erfassung eines Inhalts als gemachten dienen. Es scheint in der Tat Gedankenlautwerden neben der Gedankenbeeinflussung sehr häufig zu bestehen. Es ist also nicht unwahrscheinlich, daß für eine Reihe von Fällen die Vermutung zu Recht besteht, die gemachten Gedanken seien eigenartige Verbindungen von Trugwahrnehmungen und Bewußtheiten.

Ich kann mir nicht versagen hier in Kürze auf die Beobachtungen von Staudenmaier, die uns später noch beschäftigen werden, zu verweisen. In seinen Personifikationen verbinden sich Pseudohalluzinationen zu dem Eindruck, von vollständigen Persönlichkeiten. Treten diese Persönlichkeiten auf so wird er — das ist die Analogie zu den gemachten Gedanken — von eigentümlichen Gefühlen beschlichen.

Aus den bisherigen Beispielen ersieht man schon, daß es nicht nur Gedanken sind, die gemacht werden, bei Staudenmaier sind es Gefühle, auch unser Fall 31 berichtet von gemachter Kauflust. In der vorangehenden Schilderung der gemachten Rachegedanken ist schon enthalten, daß die Gedanken zu Ausführungen hindrängen, es sind also Impulse. Diese Impulse können auch zu gemachten Handlungen führen. Man vergleiche folgende Angaben unseres Kranken: „Ich war kaum im Bett, hatte das Fenster der Wärme wegen offen gelassen, als ich plötzlich mit großer Schnelligkeit aus dem Bett heraus nach dem offenen Fenster stürzen mußte. Hätte ich nicht sofort beide Arme vorgestreckt und mich an dem Fensterbrett fest angeklammert, so wäre ich unbedingt zum Fenster hinausgestürzt!" Aus dem ganzen Duktus geht hervor, daß er diese Handlung als ein Produkt einer fremden Beeinflussung ansieht. Die Promptheit, mit der der motorische Effekt an dieser Beeinflussung sich schließt, ließe an Besessenheitszustände denken, wenn es nicht aus der ganzen Schilderung des Patienten heraus wahrscheinlicher wäre, daß der Willensimpuls als eigener, aber als durch Beeinflussung entstandener, betrachtet würde. Leider geben uns die Schilderungen des Patienten keine Anhaltspunkte für weitere Analysen.

Fassen wir die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so ergibt sich: Die gemachten Gedanken, in unserem Falle 30, stellen nicht weiter zerlegbare Bewußtseinserlebnisse dar. Das gedankliche Element ist in ihnen ebenso

behandelt, wie eine Wahrnehmung am eigenen Körper; ebenso wie eine genitale Sensation direkt als eine durch fremde Beeinflussung entstandene wahrgenommen wird, ebenso ist es mit den Gedanken.

In den Fällen 27 und 31 [1]) ist jedoch eine anschauliche Grundlage des „Eindrucks des Gemachten" vorhanden. Hier ist eine Wahrnehmung, die gemacht ist und an diese schließen sich dann die unanschaulichen Elemente an.

Jedenfalls sind aber die gemachten Gedanken, Gedanken, die von einem Ich gedacht werden. Abnorm ist nun die Vermittelung der Gedanken an die Patienten.

Zur Psychopathologie der „Einfühlung".

Meinen Standpunkt betreffs der „Einfühlung" habe ich in der Einleitung präzisiert. Sowohl in dem anderen Menschen, als auch im Kunstwerk, das ihn darstellt, erlebe ich etwas durchaus Neues gegenständlich und nicht meine eigenen Strebungen. Es ist eine wirkliche Erweiterung meines Erfahrens, was mir im anderen an Strebungen und Gefühlen gegenübertritt.

Man könnte versuchen, aus den autoskopischen Experimenten, die im folgenden mitgeteilt werden, Beweise für die „Einfühlung" zu schöpfen versuchen; die Experimente zeigen nämlich, daß es möglich ist, sein eigenes Denken aus dem Körper hinauszuverlegen. Es gelingt dies dann, wenn man seinen eigenen Körper vorstellend beobachtet. Und auch unter dieser Bedingung tritt die Erscheinung nicht bei allen Personen auf. Diese Experimente beweisen aber nichts für die „Einfühlung", denn in ihnen richtet sich ja die Aufmerksamkeit ganz besonders auf das eigene Selbst; dann allerdings treten jene spezifischen Erlebnisse auf. Es ist aber gerade der Sinn jedes Erlebens von anderen Persönlichkeiten, nicht auf sich, sondern eben auf die anderen zu blicken. Trete ich in eine Gesellschaft, und habe ich ein brennendes Interesse an meinem Verhalten, so stelle ich mich nicht etwa selbst vor, sondern rekonstruiere mir mein Bild aus dem, was ich in den Augen der anderen wahrnehme. Keine Wirkung ist möglich, wenn ich die Aufmerksamkeit auf mich und nicht auf die Sache richte. Und nochmals, wenn wir uns vollkommen in die Stimmung einer Landschaft hineinversetzen, so werden wir schließlich die in der Landschaft liegenden Gefühle erleben in rein gegenständlicher Weise, d. h. es wird schließlich gar nichts anderes vorhanden sein, als die Landschaft und die Gefühle, welche in dieser Landschaft darin liegen. Von mir selbst werde ich ein ausdrückliches Wissen nicht haben, wiewohl das Erleben der Landschaft und das Fühlen ihrer Gefühle mein Erleben darstellt und den Erlebnischarakter meines Erlebens trägt. Das was in diesem Erleben geschieht, ist nur, daß vergessen wird, das Ich zu konstatieren. Das Ich wird erlebt aber in einem bestimmten Momente nicht ausdrücklich konstatiert [2]).

Und nun sofort die Anwendung des bisher Gesagten, die Anwendung auf die Pathologie. Bei unserem Kranken R. S. (Fall 3), bei unserer Patientin Marie R. (Fall 13) finden wir Zustände, in denen eine erhöhte Möglichkeit des Verstehens dichterischer Erzeugnisse vorhanden ist, das sind genau ebensolche Erlebnisse, wie sie bei andersartigen Denkprozessen vorkommen. Wir haben sie

[1]) Nicht nachgewiesen für das „gemachte Gefühl" und die „gemachte Willenshandlung".

[2]) Man beachte den Unterschied von Konstatieren im Sinne der höheren Bewußtseinsstufe und Konstatieren im Sinne des Vorsichhinstellens von Akterlebnissen im Gegensatz zum Erleben.

auch unter den Zuständen von Exstase etwas ausführlicher erwähnt. Der Patient von Jaspers (Dr. Mendel, Schizophrenie) zeigt eine entsprechende Steigerung der Einfühlungsfähigkeit, aber wieder erlebt er die Gefühle der anderen.

Und nun ein Erlebnis des gleichen Kranken, das dem völligen Aufgehen in der Natur entspricht.

Nun fand zunächst der Einzug Gottes und damit der ganzen übersinnlichen Welt zur Stärkung seiner Kraft in ihn statt. Er fühlte, wie Gott durch die Füße in ihn drang. Ein Kribbeln ging durch seine Beine. Alle Genies zogen ein, einer nach dem andern. Er fühlte bei jedem in seinem eigenen Gesicht den Ausdruck und erkannte ihn daran. Er fühlte gleichzeitig dessen ganze Energie und Kraft . . . . . auch abstrakte Begriffe zogen ein: die Geilheit, der Jud, der Narr . . . . . seine Gesichtsmuskulatur fühlte er viel weicher und mannigfaltiger als je. Er besaß nun die Fähigkeit zu allen Stimmungen. Und er fühlte sich riesenstark.

. . . . . Buddha zog ein. Das wiederholte sich wohl 20 mal: aufgemacht, dann Beilschläge, dann Einzug des Gottes. Wie er dann wieder aufgemacht schrie, klopfte es nicht mehr. Das war ein Zeichen, daß noch alle Götter der Erde in ihm sind. Er fühlte sich erfüllt von ihnen.

Bei allen diesen Vorgängen war sein Ich nicht mehr das persönliche Ich, sondern das Ich mit der ganzen Welt erfüllt.

Auch hier nichts anderes als ein gegenständliches Erleben, nichts von einem Ich, das die Welt ist, sondern die Welt wird vom Ich in einem vollen Erleben wahrgenommen. Es ändert an diesem Sachverhalte nichts, daß die Welt in den eigenen Körper aufgenommen wird.

Denken wir uns nun einen Dichter den Gestalten seiner Phantasie gegenüber (vgl. hierzu die Bekenntnisse von Curel)[1]. Er wird in den von ihn phantasierten Gebilden vollständig leben und wird dabei nicht ausdrücklich konstatieren, daß es sein Erleben ist, das in diesen Gestalten darin ist. Ebenso wie die Trauer der Landschaft und die Gefühle der Landschaft sich vor uns hinstellen, ohne daß der Gedanke an das eigene Ich daneben Raum hat, ebenso wird sich vor dem Dichter die Gestalt seiner Phantasie hinstellen mit ihrem Gefühl, mit ihren Erlebnissen, mit ihren Handlungen, d. h. er wird scheinbar ein fremdes Leben leben und darüber sein eigenes Ich vergessen, während in Wirklichkeit dieses fremde Sein nur voll gegenständlich vor ihm steht. Ja, er wird den Gedanken und Handlungen dieser neuen Persönlichkeiten gegenüber das Gefühl der Passivität haben, ebenso, wie wir der Stimmung der Landschaft gegenüber uns passiv fühlen. Es wird in der Tat das Sprechen dieser Persönlichkeiten umsomehr ein scheinbar vom Dichter unbeeinflußtes sein, je mehr er ihnen gegenständlich zugewandt ist. Hier liegt wiederum eines jener wichtigen passiven Erlebnisse vor, die gleichwohl Erlebnisse des Subjektes sind. Es ist wesentlich, daß diese passiven Erlebnisse, trotzdem unter dem Einfluß der Determination stehen. Es wäre ausgeschlossen, daß Kunstwerke zustande kämen, wenn dies nicht der Fall wäre. Man kann also zum Vergleich heranziehen die Vorgänge des einfachen Reaktionsversuches. Niemand hat bei der sogenannten motorischen Einstellung in dem Momente des Loslassens des Reaktionstasters das Bewußtsein der Aktivität. In der Tat hat man früher von reflektorischen und unwillkürlichen Bewegungen gesprochen. Ach hat mit Recht darauf verwiesen, daß das unzutreffend ist. Es liegen echte Willenshandlungen vor. Man könnte nun denken, daß das Icherlebnis des Dichters in dem Momente, wo er seine Personen sprechen läßt,

[1]) Bei Binet.

nicht, wie dies bisher angenommen wurde, bloß erlebt wird, sondern auch bemerkt oder konstatiert wird und es erhebt sich sofort die Frage, ob wir in diesem Falle davon sprechen dürfen, daß zwei Persönlichkeiten, zwei Iche, vorhanden sind. Die Antwort wird eine sehr leichte sein. Wir haben ja konstatiert, daß in dem ersten Falle nur ein Sichversenken des Individuums in ein Phantasiegebilde, das zufällig eine Person darstellt, vorliegt. Unseres Erachtens liegt also genau das Gleiche vor, wie wenn ich eine wirkliche Person als lebende und handelnde vor mir sehe und dazu noch konstatiere, daß dieses Wahrnehmen ein Wahrnehmen ist, oder noch deutlicher, es ist dasselbe, wie wenn ich konstatiere, daß ich es bin, der eine Landschaft mit samt ihren Gefühlen erlebt. Aus unseren ganzen bisherigen Ausführungen geht hervor, daß wir es für absurd halten, in diesem Falle von einer Verdoppelung des Ich zu sprechen. Wir können also auch ruhig die Annahme einer Verdoppelung des Ichs in diesen Zuständen ablehnen. Es ist jedoch zuzugeben, daß je nach der Erlebnisfülle unter diesen Umständen auch für den Betreffenden selbst der Anschein einer Verdoppelung der Persönlichkeit entstehen kann. Aber in den Punkten, die für uns wichtig sind, entspricht dieses Erleben vollkommen dem Erleben der Kranken mit Zwangsvorstellungen: Die Verdoppelung des Ich darf in beiden Fällen nicht angenommen werden.

Man rufe sich ins Gedächtnis, daß Phantasieerlebnisse Erinnerungen im weitesten Sinne darstellen, über deren Wirklichkeit oder Unwirklichkeit nichts ausgesagt wird (in der Husserlschen Terminologie die Neutralitätsmodifikation der setzenden Erinnerung im weitesten Sinne). Zweifellos gibt es Fälle, in denen aus dem Dahingestelltbleiben eine Annahme oder ein Urteil wird, es wird jedoch hierdurch nur deutlicher, daß unsere Anschauungen von der Einheitlichkeit des Icherlebens zu recht bestehen.

Komplizierter und schwieriger wird die Deutung der Tatsachen, wenn sich die Phantasieerlebnisse nicht auf fremde Persönlichkeiten beziehen, sondern auf das eigene Ich und hier müssen wir wieder denjenigen Fall trennen, wo ein vergangenes oder künftiges Erlebnis der eigenen Persönlichkeit phantasiert wird von dem Phantasieren eines aktuellen Erlebens: Man könnte sagen, von dem Spielen eines aktuellen Erlebens. Es mag sein, daß Unterschiede wesentlicher Art zwischen Phantasie und Spiel bestehen. Sie haben aber eine gemeinsame Erlebniswurzel, auch der Spielende versieht sein Erleben mit dem Stempel des „es bleibt dahingestellt", wobei dieses Bild freilich nicht genügend klar ausdrückt, daß das Eigenartige des Erlebens in ihm selbst gegeben ist.

Es ist also das Erlebnis des Schauspielers, zu dem uns unsere Erörterungen führen.

Wenn wir uns wieder mehr schematisch die Erlebnismöglichkeiten des Schauspielers vergegenwärtigen, so erscheint im Prinzip zweierlei möglich. Der Schauspieler erlebt die Gefühle und Vorstellungen, soweit sie ihm seine Rolle vorschreibt, als seine eigenen Gefühle. Ebenso verfährt er mit seinen Bewegungen. Er paßt also seine Bewegungen, sein Empfinden und Fühlen bewußt der Gestalt des Dichters an. Es hat dieser Fall verhältnismäßig wenig psychologisches Interesse (die Qualität der gespielten Gefühle interessiert uns an dieser Stelle nicht).

Viel wesentlicher ist der Fall, wenn sich der Schauspieler mit seiner Rolle identifiziert, d. h. wenn er sich im Momente des Spiels tatsächlich als Richard III. etc. fühlt. Auch hier wird man noch trennen müssen Fälle, in denen neben diesem

Bewußtsein noch konstatiert wird, daß es eben jener Schauspieler, jenes Ich ist, welches spielt und Fälle, in welchen das Erleben des Ich nur schlechthin Erlebnis ist und nicht konstatiert wird.

Diese zweite einfachere Möglichkeit wollen wir zunächst betrachten. Man kann sagen, es handelt sich dann um Erlebnisse, welche denen der Somnambulen im wesentlichen äquivalent sind. Das Persönlichkeitsbewußtsein ist ein anderes geworden, aber es ist das gleiche Ich, welches früher der Schauspieler war und jetzt Richard III. ist. Der Schauspieler täuscht sich nur unter dem Einflusse einer mächtigen Determination über all das, was er früher erlebte. Er wendet den inneren Blick davon, daß es das gleiche Ich ist wie das des Alltags, welches die von der Rolle vorgeschriebenen Bewegungen ausführt. Also wieder keine Verdoppelung des Ich.

Ich glaube, daß Erlebnisse dieser Art beim Schauspieler selten sind, doch muß diese Frage empirisch entschieden werden (vgl. hierzu Oesterreich), jedenfalls trifft man Analoges bei Hypnotisierten an. Die bekannten Experimente von Richet, dessen Versuchspersonen sich bald als alte Frau, bald als kleines Mädchen (ja auch als Bäuerin, Schauspielerin, als General, als Erzbischof, als Nonne) fühlten, je nach der ihnen gewordenen Suggestion, stellen die gleichen psychischen Begebenheiten dar. Man sieht, es bestehen Übergänge zu den hysterischen „Verdoppelungen" des Bewußtseins und es läßt sich in allen Punkten, sowohl hier, wie dort nachweisen, daß auch diejenigen Erlebnisse, von denen der Blick abgewendet wird, irgendwie gegenwärtig sind (vgl. auch unsere Ausführungen in dem folgenden Kapitel)[1]). Es wird beim Schauspieler auch nichts anderes vorliegen! Wenn Helene Smith sich in Marie Antoinette oder in eine Marsbewohnerin verwandelt (Flournoy), so haben wir hier nur besonders prägnante Beispiele der gleichen Kategorie.

Von diesen relativ einfachen Formen scheiden sich jene Erlebnisse, in denen das Individuum selbst das Auftauchen der zweiten Persönlichkeit konstatiert.

Die Pathologie bietet reiche Belege zu allen diesen Erscheinungen. Wir wenden uns zunächst der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins zu, wie sie Bonhöffer beschrieben hat; hier liegt als Grunderlebnis die abnorme Phantasietätigkeit in bezug auf das eigene Erleben zugrunde, es ist die phantastische Lüge Delbrücks, die sich auf die eigene Persönlichkeit erstreckt, sie mengt sich in das aktuelle Leben und es wird die phantastische Lüge auf das Handeln übertragen. Jene Patienten sind Schauspieler, welche ihre Rolle nur spielen, aber nicht voll erleben.

Wir erwähnten aber schon oben, daß das neutralisierende Vorzeichen, welches die Phantasie vor der Annahme und vor dem Urteil kennzeichnet, durch ein anderes ersetzt werden kann, unter dem Einfluß von Determinationen. Es werden sich alle Abschattungen vom Vermuten und Annehmen bis zum Urteil und subjektiv evidentem Urteil ergeben. In der Tat kann man diese Übergänge an der Hand des kasuistischen Materials verfolgen. Klinisch wird es wohl in der Mehrzahl der Fälle so sein, daß die Einbildungen der Degenerierten nicht die gleiche Evidenz zeigen, wie die Einbildungen der Schizophrenen und Paranoischen. Psychologisch muß sich der Unterschied so äußern, daß in

[1]) Stransky verweist auf die Übergänge dieser Erscheinungen ins Normale.

den Annahmefällen eine jener scheinbaren Spaltungen des Individuums vorgefunden wird, die wir besprochen haben, während dann, wenn geurteilt wird und besonders wenn evident geurteilt wird, von einer Abänderung des Persönlichkeitsbewußtseins nur von dem Standpunkt des objektiven Betrachters aus gesprochen werden kann. Ein instinktives Bewußtsein hält uns zurück von Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins in den alltäglichen Fällen von Paranoia zu sprechen. Wenn wir von Änderungen des Persönlichkeitsbewußtseins reden, denken wir vorwiegend an solche Fälle, in denen sich eine mehr oder weniger breite Schichte andersartiger Persönlichkeitserlebnisse über einen an sich unberührten Kern legt, der früher oder später wieder zutage treten kann.

Unsere Untersuchungen, welche nur auf das Persönlichkeitsbewußtsein zielen, gehen absichtlich nicht systematisch auf die objektiven Änderungen der Persönlichkeit ein.

Auch im Rahmen akuter Psychosen finden wir ähnliche Erlebnisse, so im Falle von Forel, in dem die Patientin bald eine Personifikation der Meereswelle, das Treiben eines feurigen jungen Pferdes, einer Schwester der Sulamit im hohen Liede, die Tochter Alfred Eschers, oder einer jungen Französin spielte und sich in diese Rollen einlebte.

Wir haben eben von unserem Patienten Karl O. erwähnt, daß er den Wahnsinnigen spielte.

Wir kommen nun zu den Verdoppelungserlebnissen unseres Patienten Karl O.

Im wesentlichen handelt es sich bei diesen von den Patienten als Inkarnationen bezeichneten Zuständen darum, daß er sich gleichzeitig als er selbst, gleichzeitig als katholischer Schlesier und Erdarbeiter fühlt. Es ist bemerkenswert, daß dieses Gefühl der Umwandlung auch den Körper trifft. Er war größer, stärker, freier und schöner geworden, der Körper war militärisch durchgebildet. Er fühlte sich auch als Militärgefangener. Die verschiedenen Persönlichkeiten wechselten. Es ist nicht ganz leicht festzustellen, inwieweit der Patient den mächtiger gewordenen Körper sich selbst oder jenem anderen zuschrieb. Die ganze Fassung macht es wahrscheinlicher, daß er den Körper dem „Landarbeiter" zuschrieb. Er sagt doch, daß er den Körper ausgetauscht glaubte, damit er die Strapazen besser ertrüge.

Die Persönlichkeiten in ihm wechselten, aber es schwand nicht das Bewußtsein, daß er Karl O. war.

Die Besonderheit des Erlebens liegt darin, daß sein Leib halluzinatorisch verändert ist, er ist wie ein Schauspieler, dem die Einbildung auch das entsprechende Kostüm gibt oder wie die Hypnotisierte Richets, die bald General, bald junge Frau ist. Wiewohl ich bestimmte Beispiele nicht anführen kann, glaube ich, daß Ähnliches bei der Schizophrenie nicht selten anzutreffen ist. Ich kann mir ersparen, nochmals meine Deutung wiederzugeben, sie ergibt sich mühelos aus dem Vorangegangenen.

Die Beobachtung von Raymond und Janet lehrt, daß derartige „Inkarnationen" auch mit dem Charakter des Zwanges auftreten können.

Bei der weiten Fassung, in welcher der Einfühlungsbegriff gebraucht wird, erscheint es berechtigt, unter diesem Titel noch eine Reihe von Erscheinungen anzuführen, welche allerdings zu den bis jetzt besprochenen keine näheren

Beziehungen haben. Karl O. erzählt, er könne sich ohne weiteres in Dichter hineinversetzen und könne die Stellung des Dichters einnehmen, die dieser innegehabt hätte bei der Schöpfung eines bestimmten Werkes. Nun gibt diese Äußerung, die durch Rutz beeinflußte Lehrmeinung von Sievers (auf den er sich auch beruft) wieder. Man hätte also nicht ohne weiteres das Recht, die Sache als pathologisch aufzufassen, wenn nicht andere Äußerungen des Patienten aufklären würden. „Jetzt kann ich jede Physis annehmen, die ich annehmen will." „Ich kann militärisch sein, ich kann krank sein, und fröhlich sein. Es ist die reine Willensfreiheit." Man vergleiche hierzu die Angabe des Dr. Mendel, der auch die Fähigkeiten zu allen Stimmungen erhält.

Die Deutung ist folgende: In der Tat, derartige Patienten können mehr als der Normale. Sie können durch ihren Willen ohne zu handeln in die Realität eingreifen. Man erinnere sich der Experimente Staudenmaiers, der willkürlich halluzinieren kann. Aber ebenso, wie in der Realität, erleben die Patienten auf dem Gebiete des Seelischen die Erfüllung alles dessen, was sie wünschen. So erfüllt sich unserem Patienten Karl O., daß er sich in die Gebilde der Dichtkunst vollkommen einleben kann, so daß er die Haltung des Dichters trifft. Es ist die reine Willensfreiheit; denn wirklich physisches und psychisches Geschehen fügt sich seinem Willen. Man vergleiche zu diesen Ausführungen die durchaus treffenden Bemerkungen von Bleuler.

Über einfachste Erlebensformen in ihrer Beziehung zum Ich.

Ich beginne mit dem einfachsten Fall der Hingabe an Gegenstände. Wir besprechen die Hingabe in denjenigen Momenten, in denen nur wenige Tendenzen des Individuums im Bewußtsein vorhanden sind.

Es finden sich hierhergehörige Beobachtungen von Bibra und Harleß bei Versuchen mit Schwefeläther. „Das Interessanteste war der Moment des Erwachens. Mit einem Male sah ich meine beiden Freunde, die dem Experiment beiwohnten, am Ofen des Laboratoriums stehen, aber von allen anderen Gegenständen noch nichts . . . . Bei diesen Zweien vermißte ich nun einen Dritten, nämlich mich selbst; aber nicht mit dem Bewußtsein, daß ich dabei sein müßte, sondern nur mit der historischen Erinnerung, daß kurz vorher ein Dritter noch dabei war. Ich suchte diesen Dritten etwa 3 Sekunden lang buchstäblich, wie in einem öden leeren Raume, bis in einem Moment mit einer lebhaften Bewegung der Hand mein Selbstbewußtsein wieder erwacht war und ich mich wieder unter ihnen fühlte, was mir im Gegensatz zu jenem unbeschreiblich beängstigenden Gefühl des Sichnichtfindenkönnens sehr wohl tat, während bei anderen gerade eine unangenehme Stimmung durch das Herausreißen aus dem Traumleben hervorgerufen wird." (Die Beobachtung ist auch mitgeteilt von Dilthey und Oesterreich.) Eine ähnliche beschreibt Herzen. Er beschreibt den Moment des Aufwachens aus einer Ohnmacht. In der Ohnmacht selbt sei es die absolute Bewußtlosigkeit, dann entstehe eine vage Empfindung, ohne die geringste Unterscheidung zwischen Ich und Nichtich. Es sei ein unpersönliches Bewußtsein. Herzen selbst scheint hiermit Empfindungen und Wahrnehmungen anzunehmen, ohne ein empfindendes und wahrnehmendes Ich. Janet schließt sich diesen Ausführungen Herzens an und fügt noch hinzu, daß man auch bei der aufmerksamen Wahrnehmung nichts von einem Ichmoment nachweisen könne.

Hacker schließt aus Traumbeobachtungen, in denen er die Gegenwart eines Ich nicht ausdrücklich konstatierte, darauf, daß ein Icherlebnis im Traume häufig nicht vorhanden sei. Einer dieser „ichlosen" Träume, den Hacker als Beispiel angibt, ist folgender: In einer rauchigen kleinen Gaststube saßen viele Stammgäste, meist Beamte. Da wurde von einem Polizeidiener der Herr Inspektor hereingeführt, damit er von seinen Bekannten Abschied nehmen könne. Denn da er ein Buch zu teuer gekauft hatte, sollte er eingesperrt werden. Er nahm von allen Abschied und sprach mit einem Herrn über die Dummheit, die er gemacht hatte, ziemlich lang. Ich glaube, auch hier liegt eine Verwechslung von Erleben des Ich und Bemerken des Erlebten vor.

Pick gibt an, daß einer seiner Patienten halluzinatorisch lebhaftem Vorstellen einer früheren Situation gegenüber das Bewußtsein verlor, daß er dort stehe. „Denn wenn der Wechsel zwischen der Wirklichkeit und krankhafter Täuschung beginnt, sehe ich wohl die letztere, aber ich bin mir meiner Anwesenheit dabei nicht bewußt; es ist das etwas so, wie wenn ich persönlich nicht existieren würde und das Bild nur ohne mein Dabeisein sehen würde, ohne es doch aufzunehmen und ohne daß ich von meiner Anwesenheit, daß ich davor stehe und darauf schaue ein Bewußtsein hätte; nicht bloß, wie wenn alle psychischen Besonderheiten meines Körpers zu existieren aufhören würden, sondern wie wenn die psychische Tätigkeit nur im Sehen konzentriert wäre; es ist das eine Art psychische Betäubung in der nur der Blick, gleichwie im Spiegel das Bild aufnimmt, die andern Sinne aber betäubt sind."

Pick selbst deutet diese Beobachtung als Dissoziation zwischen Empfindung und Selbstbewußtsein und führt noch entsprechende Angaben von James und Spenzer an.

Unser eigenes Material bietet hier gleichfalls zwei Beobachtungen. Der Patient H. gab an er sehe in Traumbildern vorübermarschierende Soldaten und wisse dann nichts von sich selber.

Noch interessanter ist unsere zweite Beobachtung, welche sich auf den Fall von Autoskopie bezieht. Auch dieser Patientin entschwindet in dem Momente des Erscheinens der autoskopischen Halluzination das Bewußtsein ihres eigenen Ich. Sie geht vollständig auf in dem Erleben dieser.

Alle hier mitgeteilten Beobachtungen haben das Gemeinsame, daß das Individuum vereinzelte Inhalte gegenständlich erlebt, ohne daß dieses Erleben zum Gegenstand eines besonderen Aktes gemacht würde. Sie erleben nur die Phantasievorstellung oder den Sinneseindruck. Gleichwohl halte ich es für vollkommen verfehlt in diesen Fällen von einem Schwinden des Ich zu sprechen. Das Ich ist eben im Erleben des Gegenstandes bereits enthalten. Es ist auch gar nicht zu erklären, woher denn alle diese Patienten das Wissen haben, daß die geschilderten Erlebnisse ihre eigenen sind. Es könnten ja ebenso gut Erinnerungen an Erzählungen von Erlebnissen anderer sein. Es muß also in dem Erleben etwas enthalten gewesen sein, daß dieses Erleben als ihr eigenes Erleben kennzeichnete. Es scheint mir um so wichtiger dies zu betonen, als Pick sogar zu der Ansicht zu neigen scheint, daß es auch beim normalen Wahrnehmen eine ichlose Vorstufe gebe. Dies ist eine Meinung, die ich entschieden für unrichtig halte. Es sind auch Erlebnisse, wie wir sie hier beschrieben haben, nicht etwa, wie es nach den Angaben der Literatur scheinen konnte, Ausnahmefälle, sondern sie sind vermutlich außerordentlich häufig.

Diese Zustände sind also charakterisiert durch eine geringe Aktivität des Erlebens. Das was im Bewußtseinsfelde enthalten ist, bildet zwar eine Einheit und wird auch im Akte vereinigt. Im Vergleich zu der Fülle der dem Individuum möglichen Tendenzen ist jedoch die hier erreichte Vereinheitlichung gering. Sie ruht auf einem weiten Hintergrunde andersartigen psychischen Seins, das in irgendeiner Weise latent geworden ist. Auch die Gefühlserlebnisse des Individuums weisen nur eine geringe Erlebnisfülle auf, gleichwohl verbindet sich auch hier die Synthese mit positiven Gefühlstönen und es ist zweifellos richtig, wenn Janet angibt, daß das Handeln der Somnambulen mit einem hohen Freiheitsgefühl verbunden ist.

Wir müssen sofort hervorheben, es ist auch bei einer geringen Bewußtheitstiefe (dieser Ausdruck scheint mir bezeichneter zu sein als Bewußtseinsumfang), ein Widerstreit von Tendenzen möglich. Der ganze Hintergrund des Erlebens kann als Repräsentation eines Widerspruches fungieren. Das Material ist jedoch noch zu geringfügig, als daß man Gruppierungen vornehmen könnte. Man wird zunächst noch sammeln müssen.

Aber die Vereinheitlichungen geringeren Grades, die uns jetzt beschäftigten, führen in gerader Linie zur Ekstase hin. Die Auffassung der Ekstase als vollkommene Ichsynthese resultiert bereits aus der hier vorgetragenen.

Über Ekstase.

Im vorangehenden wurde eine Reihe einfachster Seelenzustände einer näheren Untersuchung unterzogen. Die Zustände bei dem Erwachen aus der Ohnmacht und aus der Narkose stellten sich uns als inhaltsarme Icherlebnisse entgegen. Doch wurde bereits in den zuletzt mitgeteilten Fällen das Erleben ein reicheres und verwickelteres. Die Ekstase stellt eine weitere Stufe in dieser Entwickelung dar.

Bevor ich auf das Spezielle eingehe, erscheint mir folgende allgemeinere Bemerkung notwendig: Es gibt eine Reihe Autoren, welche sich, man möchte fast sagen in kindlicher Weise, befriedigt erzeigen, wenn sie zu der Behauptung gelangt sind, die Ekstatiker seien hysterisch, paranoisch, psychasthenisch oder schizophren. Demgegenüber muß scharf hervorgehoben werden, daß die klinische Diagnose in der psychologischen Erkenntnis überhaupt nicht weiter führt. Der Zustand der Ekstase ist psychologisch dadurch noch nicht geklärt, daß ich behaupte, er erwachse auf dem Boden der Hysterie. Die Fragestellung muß vielmehr lauten: Welches ist das Erlebnis der Ekstase, gleichgültig, welches die klinische Diagnose im bestimmten Falle sein mag. Auf rein psychologischem Gebiete muß sich die Abgrenzung der verschiedenen Erlebnisformen vollziehen. Die Frage, ob bestimmten klinischen Krankheitseinheiten bestimmte Erlebnisformen zugehören, ist eine sekundäre. Wir werden im Sinne der Ausführungen des ersten Teiles dieser Untersuchungen eine derartige Möglichkeit von vornherein nicht für wahrscheinlich halten. Es sagt also auch für die Werthöhe eines Innenerlebnisses nichts, wenn ich dieses Innenerlebnis das eine Mal bei einem Schizophrenen antreffe und wenn ich anderenteils ein verwandtes seelisches Geschehen bei Menschen antreffe, die in den Gang der Geschichte entscheidend eingegriffen haben. Ja, wir müssen entschieden den Standpunkt vertreten, daß unsere Einteilung nach Krankheitsbildern keineswegs die Grenze ziehen

läßt zwischen gesund und krank im idealen Sinne. Mit anderen Worten: ein Manisch-Depressiver oder ein Schizophrener kann im höheren Sinne geistig gesund sein.

Unser eigenes Material zeigt uns zunächst bei den Depersonalisationsfällen eine Reihe von Zuständen, welche dem Gebiete der Ekstase anzureihen sind. Als R. S. (Fall 3) im November 1910 nach L. zurückfuhr, war es ihm, als ob etwas herabsänke. Es war, als ob ihm die Augen geöffnet wurden, als ob alles ganz klar würde. Es erschien alles anders, „ich war doch ein anderer geworden". Er hatte den Eindruck, fremde Personen sehr gut verstehen zu können. So erging es ihm, als er eine Schrift über Napoleon las. Er war damals von Lustempfindungen erfüllt und fühlte sich abgeklärt.

Eine schöne ähnliche Beobachtung finden wir bei Böttiger (Fall 2). Bei diesem Patienten begann die Erkrankung damit, daß das ganze Leben einen bisher unbekannten Reiz für ihn bekam. Er begann sich für alles lebhaft zu interessieren und sich erhaben zu fühlen. Auch während der Zeit der Erkrankung hat er Augenblicke, in denen ihm die Natur schön und neu vorkommt, als wenn er so etwas noch nie gesehen hätte. Es gewinnt dann das Unscheinbarste großes Interesse für ihn, er findet dann die Welt unbeschreiblich und überwältigend schön.

Auch Janet hat bei dem Psychasthenischen eine Reihe ähnliche Erfahrungen gemacht. Er schreibt: „Für gewöhnlich und während des größten Teils ihres Lebens sind diese Kranken niedergeschlagen, traurig, unfähig in normaler Weise Affekte zu erleben, aufzumerken und zu handeln. Von Zeit zu Zeit tritt bei einigen von ihnen eine außergewöhnliche Exaltation auf, welche sie über ihr gewöhnliches Niveau hebt und ihnen für Momente das Gefühl unaussprechlichen Glückes einer übermenschlichen Leistungsfähigkeit und eines vollendeten Intellektes gibt."

Fy., eine dieser Patientinnen sagt, als sie auf dem Lande spazieren geht, „Alles erscheint mir wundervoll, es scheint mir, daß mich das Glück zersprengt, niemals fühlte ich das, der Tag vergeht wie im Traum, die Zeit eilt fünfzigmal rascher als in Paris. Ich fühle mich gebessert und es scheint mir, daß es böse Menschen wie in anderen Ländern hier nicht gibt, alle Gesichter sind mir sympathisch und ich bin wie im goldenen Zeitalter. Der Ausdruck gelingt mir leichter und ich, die ich den Mund nicht öffnen kann, wenn ich jemanden gegenüberstehe, würde vor einer Versammlung sprechen können." Einer der Patienten bezeichnet diese Zustände als „les sensations sublimes et solennelles." Sie sind mit einem unerhörten Glücksgefühl verbunden, sein Herz ist ruhig, seine Muskeln sind kräftiger, er versteht alles und verspürt Wissensdurst. „Das sind göttliche Eindrücke, welche mir die Existenz der Seele im Körper beweisen. Janet kommt selbst zu dem Schluß, daß seine Psychasthenischen ekstatische Zustände im Keime zeigen.

In unserem eigenen Falle, sowie in dem Böttigers, sowie in denen Janets sind diese ekstatischen Zustände nicht anhaltend. Sie werden, wie sich Janet ausdrückt, von den Kranken fast immer teuer bezahlt. Sie werden von Verschlechterungen gefolgt.

Wir fragen, was liegt in diesen Erlebnissen vor? Ich glaube, es wird am klarsten dadurch umschrieben, daß das Individuum die einander widersprechenden Tendenzen synthetisch vereinheitlicht. Diese Tendenzen sind teils intellektueller,

teils emotioneller Natur. Anderenteils ruft diese Synthese eine sehr lebhafte Gefühlsreaktion hervor. Je nach der Beteiligung intellektueller oder emotioneller Tendenzen an der Vereinheitlichung wird der ekstatische Zustand in dem einen Falle repräsentiert sein in einem klaren, gegenständlichen Einsehen sinnlicher oder gedanklicher Art oder er wird repräsentiert sein in einem alles überströmenden Glückgefühle. Es ist hervorzuheben, daß bei allen Patienten, die bis jetzt genannt wurden, das klare Einsehen eine bedeutsame Rolle spielt[1]). Soviel zur Deskription dieser Zustände. Wir haben damit noch nichts gesagt über die Bedingungen der Entstehung. Wir vermuten, sie liegen auf affektivem Gebiete, doch gehen wir auf diese Fragestellung nicht näher ein.

Von Bedeutung erscheint, daß die hier geleistete Synthese hervorleuchtet aus einem Zustand innerer Zerrissenheit. Sie ist nicht von Bestand. Die Bekehrung, wenn ich mich dieses Ausdruckes bedienen darf, ist nicht von Dauer. Es beginnt bald wieder das Widerstreben der einzelnen Tendenzen, es beginnt der Zweifel.

Unsere letzten Betrachtungen verweisen uns bereits auf ein neues Gebiet. Alle diese Phänomene erhalten erst ihr Interesse dadurch, daß sie im Alltagsleben von entscheidender Wichtigkeit sind. Es sind Erscheinungen und Erlebnisse, welche von der überwiegenden Mehrzahl der Menschen in irgendeiner Form erlebt werden. Es ist gerechtfertigt, diese Phänome am Kranken zu studieren, da sie hier in einer Form auftreten, welche ein genaueres Eindringen ermöglicht. Bedeutsame Analogien zu dem, was bisher ausgeführt wurde, bieten die Untersuchungen Starbucks[2]) über die Psychologie der Konversion (plötzliche Bekehrung). Es ist sicher von Belang, daß der Bekehrung stets ein Sündengefühl vorangeht. Charakteristischerweise kommt auch Starbuck zu dem Ausdruck: Gefühl der Unvollständigkeit. Es seien folgende Äußerungen angeführt: „Ich fühlte ein Sehnen, eine Unruhe, eine schmerzliche Leere, welche die Welt nicht ausfüllen konnte." Dann wieder heißt es „Ich fühlte verkehrt, geistig und moralisch" oder „Ich hatte ein entsetzliches Gefühl von Hilflosigkeit."

Während der Bekehrung selbst: „Ich fiel neben meiner Bank auf mein Angesicht und versuchte zu beten . . . ich machte eine letzte Anstrengung, Gott um Gnade anzurufen, wenn ich ersticken und sterben müßte, und das letzte, woran ich mich zu der Zeit erinnerte, war, daß ich unter derselben unsichtbaren Hand an meiner Kehle rückwärts zu Boden fiel. Als ich zu mir kam, war um mich eine Menge, die Gott pries. Der ganze Himmel schien offen zu sein und Strahlen von Licht und Herrlichkeit herabzuströmen."

Nach Starbuck ist die Aufmerksamkeit verengt und konzentriert.

Folgende Angaben veranschaulichen sehr schön den Moment des Überganges „Ich fühlte Gottes Verdammungsurteil über mich ergehen, wie über alle, die sich weigern, Christum als ihren Heiland anzunehmen. Nach langem Bemühen der Gnade Gottes auszuweichen, gab ich endlich nach. Der Herr gab mir in jener Nacht den Beweis meiner Annahme bei ihm nicht so deutlich, wie

[1]) Hierher gehören im Grunde auch die Zustände erhöhter „Einfühlungsfähigkeit", wie sie Jaspers Fall Mendel zeigt, und wie sie bei unseren Pat. R. S. und Marie R. angetroffen werden.

[2]) Das Material, das James gesammelt hat, führt zu den gleichen Schlußfolgerungen, wie das Starbucks, ich führe hier fast ausschließlich Angaben Starbucks an, verweise aber ausdrücklich auf James.

am nächsten Morgen, als ich allein durch die Wälder spazieren ging. Ich werde nie den süßen Seelenfrieden vergessen, den ich da empfand." Oder, „Ich fühlte Trauer über meine Sünden, doch ein unausprechliches Gefühl von Freude kam über mich."

Nach der Bekehrung ist „das Ich zu neuer Bedeutsamkeit gehoben." „Ich fühlte, ich gehörte zu einer neuen Kategorie von Wesen, edler und des Daseins würdiger. Die Bibel war für mich ein neues Buch. Ich las sie mit Freuden und fühlte, daß ihre Gebote Ermahnungen und Verheißungen alle für mich waren." „Die Natur schien mit mir zu fühlen." „Auf einmal kam Licht und Friede in meine Seele so sanft, wie die Sonne aufgeht an einem Junimorgen. Himmel und Erde schienen sich zu vereinigen. Alles war Liebe . . ." Meist erscheint es den Bekehrten, als lebten sie in einer neuen Welt. „Als ich von meinen Knien aufstand, rief ich aus: das Alte ist vergangen und es ist alles neu geworden." „Es war gleich dem Eintritt in eine neue Welt — ein neuer Daseinszustand. Natürliche Objekte waren verklärt. Mein geistiges Sehvermögen war so geklärt, daß ich Schönheit in jedem körperlichen Gegenstand der Welt erblickte. Die Wälder ertönten von himmlicher Musik." „Tag und Nacht schienen Fluten von Licht und Herrlichkeit durch meine Seele zu strömen und o, wie war ich verwandelt! Alles wurde neu. Meine Pferde und Schweine und jedermann wurde verwandelt." „Ich fühlte eine Entfaltung von Wahrheit und eine Enthüllung der Gotteswege. Ich erfuhr eine moralische und intellektuelle Belebung." Die Bekehrung ist mit dem Gefühle hohen Glückes verbunden. „Ich fühlte Freude fast bis zum Weinen." „Das Glück war intensiv, ich hätte singen mögen, aber das ganze Haus war still." „Es folgte ein köstliches Gefühl mit Gott und der Liebe zu ihm."

Ein unmittelbares Bekehrungsergebnis ist, daß die Person aus sich heraus zu tätiger Sympathie mit der Außenwelt getrieben wird.

Das Angeführte genügt, um zu zeigen, daß die Schemen, welche wir für das Verständnis der Depersonalisation entworfen hatten, im wesentlichen auch hier zutreffen. Vor der Bekehrung das Gefühl der Unvollkommenheit und des Zweifels. Wir drückten das im vorangehenden so aus, daß wir sagten, daß dem Erleben aus einer tieferen Schicht widersprochen wird. In der Tat ist der Zweifel ein Prototyp dieses widerspruchsvollen Erlebens. Denn wenn der Zweifler auch einer bestimmten Meinung zuneigt, so neigt er dieser Meinung doch nicht zu aus voller Persönlichkeit, sondern einzelne Tendenzen seines Ichs widersprechen dieser seiner Zuwendung. Der wahre Zweifel ist ein ständiger wahrer Kampf, ein Glaubenwollen und Sicherseinwollen, ohne das Glauben- und Sicherseinkönnen. Geändert ist der Aktcharakter der Zuwendung. Es setzt also der Zweifel die aktuellen Tendenzen zueinander in Beziehung, ohne daß die letzte Vereinheitlichung gelingt. Es ist auch dieses intellektuelle Phänomen zum Teil gegründet in einem Affektzustand und führt seinesteils wiederum Affekte mit sich. Dieser Zustand ist also wesensverwandt mit dem, was wir im vorangehenden als unechtes Erleben bezeichnet haben. Die Überwindung des Zweifels geschieht auf dem Wege der endgültigen Vereinheitlichung der Tendenzen in der Entschließung. Die Konversion folgt getreu diesem Schema.

Noch ein weiteres wichtiges Problem drängt sich bei der Durchsicht des Starbuckschen Buches auf: Welche Rolle spielt der Wille bei der Bekehrung? Starbuck selbst schreibt: In der Bekehrungskrise ist es gleichgültig, ob der

Wille bestimmt in Bewegung gesetzt wird oder nicht und ohne Rücksicht auf die Richtung, in der er in Bewegung gesetzt wird, ist es ein wichtiger Schritt zur geistigen Erneuerung, daß der persönliche Wille aufgegeben wird. Aber es scheint notwendig zu sein, daß der Mensch vorher in der Richtung des neuen Lebens gestrebt hat. Rudolf S. gibt uns in dieser Hinsicht auch interessante Aufschlüsse. Wenn er aus seiner tiefsten Zersplitterung herauskommen will, muß er sich ihr, wie er sagt, vollkommen überlassen. Er kann nicht durch Willensanstrengung zur Harmonie zurückkehren. Anderenteils sagt er aber doch, der Willensimpuls tritt langsam wieder hervor, wenn ich durch Verstandesregung den Willen wieder einsetze. D. h. psychologisch exakt ausgedrückt folgendes: es muß eine Willensanstrengung zur Harmonie resp. zur Bekehrung gesetzt werden. Aber die Synthese gelingt doch erst dann, wenn durch außerbewußte oder unterbewußte Vorgänge die notwendige Konstellation geschaffen wird. Man kann zum Vergleich die Vorgänge heranziehen, welche sich abspielen, wenn wir nach einem Namen suchen, der uns entfallen ist. Auch hier genügt die Willensanstrengung nicht, ja, es wird das stetige Erneuern der Willensanstrengung, das Wiederfinden des Wortes nicht erleichtern, sondern erschweren. Es muß die Determination die entsprechende Konstellation erst geschaffen haben oder diese muß durch andere Momente geschaffen worden sein, damit das gesuchte Wort gefunden wird. Ein weiteres Moment, welches in diesem Zusammenhang wichtig ist, ist die übereinstimmende Gefühlsreaktion in beiden Fällen. Die postkonversionellen Gefühle sind determinierte Gefühle im Sinne von Ach.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch wichtig, daß die Konversion in den meisten Fällen kein endgültiges Ergebnis liefert, sondern die Konvertierten erliegen in ihrem späteren Leben fast stets neuen Zweifeln. Sie bedürfen nach dem Ausdruck Starbucks noch der Heiligung. Auch hier sind also die Analogien zu dem Zustand der Depersonalisierten und Psychasthenischen auffallend.

Wir haben noch die Frage zu streifen, weshalb die hier erwähnten Erlebnisse eine so kräftige Gefühlsreaktion zeigen. Die Erklärung liegt meines Erachtens darin, daß diese Erlebnisse bereits eine große Masse aktueller Tendenzen vereinheitlichen. Es kommt in ihnen bereits zum Ausdrucke ein guter Teil der überhaupt möglichen Tendenzen des Individuums.

Die Erscheinungen, die wir im folgenden besprechen werden, werden, hoffe ich, noch eine weitere Vertiefung ermöglichen. Ich erinnere zunächst an die Erlebnisse des Karl O. Er war schon lange vorher gereist, war einsam und stand unter den lebhaften neuen Eindrücken, die ihm England vermittelte. Die Katastrophe war ein mystisches Erlebnis. Er sah im Garten ein Spinnetz mit einer Spinne. „Zum Zeitvertreib warf ich eine Fliege in das Spinnetz und diese Spinne fing diese Fliege und saugte sie aus. Ich sah auch im Garten einen Stein auf dem Erdboden und dieser Stein erregte mich ungemein und dieses Leben der Spinne und das Sterben der Fliege ging in mich über in eine seelisch geistige Versunkenheit ins All. Aber nicht in die Schöpfung, sondern in ein rhythmisches Chaos, in ein ungeheures rhythmisches Auf- und Niederwogen, losgelöst von allem Geschöpf, und zwar war dieses Niederwogen zugleich ein Hinaufwogen. Einen Nachklang von diesem wunderbaren Gefühle hatte ich auch letzthin in der Zelle. Dieses wundersame Auf- und Niederwogen verschmolz

mit dem Auf- und Niederwogen des Steins. Er faßte seine Gefühle in die Worte: alles wogt auf und nieder wie eine ewige Woge, alles ist ein endloses Kreisen von Werden und Vergehen, alles trennt und eint sich wieder und was mir Widersinn erschien, vereinigt sich in wundersame Symphonie."

Ich sehe in diesem Erlebnis eine Synthese der möglichen Tendenzen des Individuums. Dem entspricht die ungeheure Gefühlsreaktion, die sich an dieses Erlebnis anschließt. Gerade diese vollkommene Synthese verweist aber darauf, daß es sich um ein Erlebnis handelt, welches wir als vollkommene Ekstase bezeichnen dürfen. Wir haben zu untersuchen, wie sich das Ichbewußtsein in diesem Zustand verhielt. Der Patient selbst spricht von einer Versunkenheit ins All und späterhin von einem pantheistisch rhythmischen Aufgehen. Und gerade aus jenem Zustand werden Gedichte geboren, von denen sein persönliches Bewußtsein nichts wußte. Und er sagt auch, die poetische Schöpfertätigkeit gehe nicht vom persönlichen Bewußtsein aus, ein Naturbewußtsein setzte die Schöpfertätigkeit in Gang. Ich glaube nicht zu irren, wenn ich auch diese Aussprüche des Patienten als den Ausdruck bestimmter Erlebnisse desselben ansehe.

Es stellen uns also diese Erlebnisse unseres Kranken vor eine Reihe von Problemen, die wir uns in Kürze formulieren wollen. Zunächst: Was unter scheidet die Ekstase von jenen Zuständen, in denen wir Gegenstände mit eifrigem Interesse zugewendet sind, und zweitens, was sind das für Momente, welche unseren Kranken dazu bringen, seine poetischen Produkte nicht als das Produkt eigener Geistestätigkeit ansehen zu lassen?

Zu der ersten Frage ist folgendes zu sagen: In der Tat ist ein Denken und Handeln, das sich mit Interesse in den Gegenstand versenkt, der Ekstase psychologisch nahe verwandt. Auch hier sind sämtliche Tendenzen des Individuums einem bestimmten Gegenstande zugekehrt. Auch hier versinkt die Welt, soweit sie nicht zu eben diesem Gegenstande Beziehungen hat. Es wäre jedoch unrichtig, wenn man in diesen Momenten von einer Verarmung des Bewußtseins sprechen wollte. Im Gegenteil, je eifriger ich dem Gegenstande zugewendet bin, desto zugänglicher ist mir alles, was auf diesen Gegenstand Bezug hat. Die Konzentration des Gelehrten ist dem gewöhnlichen Zustande gegenüber durchaus keine Verarmung an Tendenzen und Gedanken, wenn auch die Zahl der im Bewußtsein vorhandenen Gegenstände eine geringere sein mag. In diesem Falle hat nur eine intensivere Vereinheitlichung sämtlicher Tendenzen des Individuums stattgefunden. Selbstverständlich operieren wir hier mit Begriffen, die über das rein Deskriptive hinausgreifen. Aber diese Zustände sind auch rein deskriptiv bestimmt charakterisiert durch das Bewußtsein des vollen Erlebens. Man muß sich von dem Irrtum frei machen, daß man die im Bewußtsein vorhandenen Gegenstände einfach zählen und danach den Reichtum des Bewußtseins abschätzen kann. Schon bei Ribot heißt es, daß Konzentration der Aufmerksamkeit das Feld des Bewußtseins verengt. Der Zustand, den wir beschrieben, steht unter dem stärksten Einfluß determinierender Tendenzen. Und es trägt der Bewußtseinsablauf auch Charaktere, welche das erkennen lassen. Diese Analogie des aufmerksamen Erfassens, des interessebetonten Handelns und Denkens ist von einer besonderen Wichtigkeit. Wir können jetzt präzisieren, weshalb wir bewußtseinsarme Zustände in unserem Sinne nicht ohne weiteres als Ekstase bezeichnen. Es wird klar, weshalb wir die Einengung des Bewußtseinsfeldes nicht ohne weiteres mit den Zuständen der Ekstase identifizieren

können. Es ist auch noch zu beachten, daß Willensakte, Wahrnehmungen und Gefühle gleichwert sind in bezug auf die konstituierende Kraft zur Ekstase. Auch das vollständige Leben in einem sinnlichen Lustgefühl gehört in das Schema der Synthese der Tendenzen, wie wir es aufgestellt haben. Am leichtesten werden sich jedoch derartige Zusammenhänge auf intellektuellem Gebiete erweisen lassen. Wir werden diejenige Forschertätigkeit am höchsten einschätzen, welche in einem einzigen geistigen Blick sämtliche Erfahrungen gleichzeitig erfaßt und wir werden diesen geistigen Blick auf die gleiche Art und Weise introspektiv gekennzeichnet finden wie die Ekstase der Mystiker. Willenskraft und hohe synthetische Fähigkeit pflegen wir von dem Forscher zu fordern. Es erübrigt sich zu zeigen, daß sie auch bei den großen Mystikern anzutreffen sind. Leuba, Murisier verweisen darauf, welche Energie in dem Wirken der heiligen Therese, der Mme. Guyon und in dem Taulers sich ausprägt. Sie haben alle auch auf sozialem Gebiete Wirkungen entfaltet, welche Organisationskraft und Energie voraussetzen. Leclère und Ruyssen haben darauf verwiesen, daß sich ihre Willensstärke auch auf das erstreckt, was sie in der Ekstase erleben. Die heilige Therese erlebt gleichsam eine orthodoxe Ekstase und die Ekstasen der Buddhisten unterscheiden sich von denen der christlichen Mystiker entsprechend ihren Voraussetzungen.

Es ist schon im früheren die Frage aufgeworfen worden, welche Rolle dem Willen selbst für die ekstatischen Zustände zukommt und es ergab sich aus den Angaben eines unserer Patienten und aus den Angaben der Konvertierten Starbucks, daß der Wille nur eine Art vorbereitende Bedeutung hatte, während die Konversion, die Zuwendung Gottes zu dem Individuum von selbst eintrat. Mit diesen Angaben steht im Einklang, daß auch die großen Mystiker in dem Moment des Eintretens der Ekstase meist ein Gefühl der Passivität haben. Die Ekstase wird als Gnade empfunden. Wir müssen allerdings hinzufügen, daß diese Gnade nicht möglich wäre, wenn nicht vorher eine entsprechende Determination gesetzt worden wäre. Diese Determination ist bei den Mystikern in dem Willen gegeben, die Vereinigung mit Gott zu erleben. Es spielt also der Willensentschluß doch eine sehr beträchtliche Rolle, wiewohl die einzelne Ekstase nur dann zustande kommt, wenn sich das Individuum passiv hingibt. Das psychologische Verständnis wird erleichtert, wenn wir uns die kurze Beschreibung ins Gedächtnis zurückrufen, welche ich von meinem Erleben beim Anhören der Meistersinger-Ouvertüre gegeben habe. Hier genügt die einmalige gesetzte Entscheidung aufmerksam zugewendet zu sein nicht zu dem Erleben der Musik, sondern die Determination muß ständig erneuert werden. Hier liegt der Schlüssel dazu, daß die oft gesetzte Willensanstrengung dem reinen Erfassen irgendwelcher Gegenständlichkeiten nicht zuträglich ist. Es müssen diese Erwägungen auch auf das Handeln ausgedehnt werden. Die Willenshandlung wird umso größere Aussicht auf Erfolg haben, je weniger oft im Verlauf der Ausführung die Willensanstrengung erneuert werden muß. Das heißt, die einmal gesetzte Determination muß für die gesamte Handlung ausreichen. Diese Erwägungen führen zu dem zweiten Teil der Fragen über, vor die uns unser Patient stellte. Wir erhoben die Frage, weshalb der Patient seine dichterische Produktion als unwillkürlich empfand. Wir müssen in diesem Zusammenhang sofort hervorheben, daß es sich nicht etwa um Erlebnisse handelt, die atypisch sind und nur den Wert und die Bedeutung von Kuriositäten haben. Die Mme. Guyon schreibt das Werk „Le

Torrens" automatisch, wie sich die Franzosen ausdrücken, ohne ihren eigenen Willen. Es ist leicht, die Beispiele aus der Geistesgeschichte beliebig zu vermehren. Grasset hat eine Reihe von solchen zusammengestellt. Sehr bekannt sind die Äußerungen Mozarts über sein künstlerisches Schaffen. Auch von Goethe existieren einige hierher gehörige Bemerkungen. Der Gegensatz zu der anderen Äußerung Goethes, daß man die dichterische Tätigkeit müsse kommandieren können, erklärt sich leicht, wenn man sich gegenwärtig hält, was wir über das Verhalten des Willens zur Ekstase hervorgehoben haben. Wenn wir also resümieren, so liegt für jene schöpferische Tätigkeit die Willensanstrengung vorwiegend im Beginn derselben. Berücksichtigen wir mit Koffka das Vorhandensein latenter Einstellungen[1]) von oft beträchtlicher Stärke und Wirkungskraft, so ergibt sich uns ein Verständnis dafür, daß die dichterische Produktion häufig als unwillkürlich und automatisch bezeichnet wird. Fügen wir hinzu, daß die hier besprochenen Tatsächlichkeiten nicht bloß auf dem Gebiete der dichterischen Produktion, sondern auch auf dem Gebiete des Auffassens und der intellektuellen Tätigkeit Geltung haben, so ergibt sich uns, daß das Erlebnis des Patienten Karl O. auf Gesetzmäßigkeiten von weittragender Bedeutung verwiesen hat.

Wenn ich nun die hauptsächlichsten der gewonnenen Gesichtspunkte nochmals zusammenfasse, so unterscheide ich die Erlebnisse der Ekstase zunächst nach der Masse aktueller Tendenzen, die in ihr gegeben sind. Wir statuieren so einen Unterschied zwischen den einfachen Sinneseindrücken kataleptischer und den reichen Erlebnissen der Ekstase. Es läßt sich eine Stufenleiter derartiger Erlebnisse herstellen. Wir haben es versucht, eine solche zu geben. Je nach dem Inhalt der Ekstase unterschieden wir ekstatische Zustände, welche vorwiegend in der Vereinheitlichung von Wahrnehmungen und Gedanken bestehen und solchen, in welchen die Gefühlsmomente stärker hervortreten. Die Erlebnisse der Ekstase fassen wir im wesentlichen als passive Erlebnisse. Nichtsdestoweniger enthalten sie in ausgeprägter und vollendeter Weise das Ich. Es sind reine und vollendete Icherlebnisse. Den Unterschied zwischen aktiven und passiven Erleben mußten wir als akzidentellen auffassen, da wir auch bei dem passiven Erleben der schöpferischen Gestalter den vorangehenden Willensentschluß (latente Determination) nachweisen konnten. Einen prinzipiellen Unterschied zwischen aktivem und passivem schöpferischem Erleben (im Alltagssinne) konnten wir nicht finden. Das hindert uns natürlich nicht, die Unterschiede der Erlebnisse selbst zu sehen. In dem einen Fall kommt eine zeitlich vorangehende Willensentscheidung ausdrücklich zum Bewußtsein, in dem anderen nicht[2]). Es sind in diesen Ausführungen die Grundzüge einer Psychologie der Ekstase gegeben. Wir haben keinen Anlaß, ins Detail einzugehen, da wir uns nur um die Deutung der Phänomene unserer Fälle bemühen.

Wir haben jedoch noch einen nicht unwesentlichen Punkt zu besprechen. Wir fassen, wie erwähnt, die unwillkürliche Produktion der Dichter als reinen Persönlichkeitsausdruck. Dürfen wir das gleiche von den automatischen Produktionen der Medien behaupten, dürfen wir das automatische Schreiben dieser,

[1]) Wir erweitern bewußt den Koffkaschen Begriff, insofern als auch die latente Einstellung für uns etwas Psychisches, deskriptiv Nachweisbares ist. Man muß allerdings zeitliche Folgen berücksichtigen. Vgl. auch später.

[2]) Vgl. hierzu auch die Untersuchungen Koffkas über latente Einstellungen.

ihre unbewußte Produktion von Gedichten, gleichfalls in diese Kategorie einreihen. Zweifellos sind weittragende Ähnlichkeiten vorhanden. Aber während das Medium schreibt, denkt es an anderes und es weiß dann nicht, was es geschrieben hat, oder es schreibt während es in ein gleichgültiges Gespräch verwickelt ist. D. h. das Medium ist gar nicht mit voller Aktivität, mit voller Persönlichkeit im Schreiben enthalten. Es handelt sich vielmehr um den Fall, daß das Individuum zwei Gedanken zugleich denkend, keinen mit voller Kraft denkt. Es ist das Medium im Schreibakt weniger darin als es in einer wachend mit Interesse vollzogenen Handlung darin wäre. Es liegt also eine jener Formen vor, wo es gleichsam zu einer Zersplitterung der Persönlichkeit gekommen ist. Es werden gleichzeitig zwei verschiedene Gedanken gedacht aber nicht zueinander in Beziehung gesetzt. Es ist das der Mechanismus der Hysterie. Damit ist zugleich auch gegeben, daß wir dieses automatische Handeln zwar als das Handeln eines Ich ansehen, aber es nicht dem ekstatischen Handeln an die Seite setzen können. Wir müssen nochmals betonen, daß wir deskriptiv faßbare Unterschiede meinen. Der Stärke der Determination entspricht in dem Falle der Ekstase die Stärke der determinierten Gefühle im Sinne Achs, während in den Falle des automatischen Schreibens die Determinationsgefühle der Geringfügungskeit der Persönlichkeitsanstrengung entsprechend gering bleiben. Ja, selbst wenn wir den Medien zugestehen wollen, daß sie den Gedanken, den sie automatisch ausdrücken, mit voller Zuwendung denken, jene Personen sind höherwertiger Synthesen überhaupt nicht fähig. Sie sind nicht imstande, ihr gesamtes Sein in eine Willenshandlung zusammenzufassen. Sie sind nicht zu den letzten Willensanstrengungen fähig.

Mit anderen Worten: Die Gegensätze bewußt und unbewußt geben nur in vollkommener Weise, die entsprechenden Tatbestände wieder. Es läßt sich kein Urteil über unbewußte Produktion im allgemeinen fällen. Auch bei dieser unbewußten Produktion kommt in Frage, inwieweit das Ich mit voller Persönlichkeit dem Gegenstand zugewendet ist, und welches Ich dem Gegenstand hingegeben ist. Wir verstehen nun auch, daß die Zustände inhaltsreicher Ekstase übergehen können in Zustände von Verarmung des Individuums, in denen jene mächtige Zusammenfassung der Tendenzen nicht mehr auftritt. Der im Bewußtsein vorhandene Gegenstand wird schließlich bei den Jogins mit ebenso herabgesetzter Aktivität erfaßt, wie es die Kataleptisch-Hysterischen tun. Diese Zustände aber der Ekstase gleichzusetzen, wäre durchaus unrichtig.

Es ist nicht möglich, bei der Erörterung dieser Dinge sich im Rahmen deskriptiver Psychologie zu halten. Wir müssen auch auf Verläufe Rücksicht nehmen und können es an dieser Stelle nicht vollkommen verhindern, gleichsam von der deskriptiven Psychologie auf eine Diätetik der Seele abzugleiten. Es ist ja überhaupt der Unterschied zwischer einer deskriptiven Psychologie und einer genetisch erklärenden Psychologie kein prinzipieller. Es ist aus methodischen Gründen wünschenswert, Trennungen vorzunehmen. Doch muß gesagt werden, auch die deskriptive Psychologie wäre sinnlos, wenn sie eben nur rein beschreiben würde. Auch sie zielt auf eine sinnvolle Ordnung der Tatsachen. Suchen wir diesen sinnvollen Zusammenhang gleichsam in der zeitlichen Ausdehnung, so sprechen wir von genetisch verstehender Psychologie. Der wesentliche Unterschied ist darin gegeben, daß der Sinn der Zusammenhänge in der Zeit ein wesentlich verwickelter ist. Es rechtfertigt sich also ein getrennte Behandlung beider

Gebiete, doch halte man sich vor Augen, daß schließlich alles seelische Geschehen sich in der Zeit, in der reinen Dauer nach Bergson abspielt. Es erklärt sich so, daß wir selbst die Scheidung nicht immer streng durchführen konnten. Die Scheidung Koffkas, der in der Psychologie Deskriptionsbegriffe und Funktionsbegriffe trennt, berührt sich mit den hier verwerteten Begriffen, denn von der Funktion und Wirkungskraft pflegen wir nur die zeitlich ausgedehnten Bewußtseinserlebnisse zu sprechen. Sie verweist aber schärfer und präziser darauf, daß es wichtig ist, das Erlebnis zu trennen und zu scheiden von dem, was nicht gesehen, sondern nur erschlossen ist. Aber schließlich, wenn ich die Hand bewegen will und sie bewegt sich wirklich, ist es da nicht auch ein unmittelbar Gegebenes, daß sich der Arm bewegte, weil ich es wollte? Und wenn ich den Zornigen darauf losschlagen sehe, ist es nicht unmittelbar gegeben, daß er schlug, weil er zornig war? Und sah ich den Gegenstand nicht besser, weil ich aufmerksam sah?

Wir haben schon früher die Frage gestreift, welches denn der Zustand nach der Ekstase ist. Wir fanden unsere Psychasthenischen durch die Ekstase erschöpft. Sie mußten dafür büßen. Starbuck fand, daß die Konversion keinen dauernden Einfluß auf das Sein der Konvertierten hat. Aber sie hat doch einen Einfluß, nämlich den, den Beziehungspunkt der geistigen Zustände zu ändern. Die Erstarkung der Persönlichkeit äußert sich in einer tätigen Sympathie in der Außenwelt. Starbuck formuliert folgendermaßen „So vermögen wir jetzt einzusehen, daß in der Bekehrung das fundamentalste Element vom Standpunkt der Persönlichkeit aus, das Erwachen des Selbstbewußtseins ist, während der wesentliche Faktor vom Entwickelungsstandpunkt aus der Vorgang der Selbstüberwindung ist." Hiergegen sagen wir: Das volle Persönlichkeitserlebnis ist identisch mit der Zuwendung zu der Welt der Gegenstände. Wir müssen also auch demjenigen ein volles Persönlichkeitserlebnis zugestehen, der in seinen Träumen und Phantasien lebt. Es scheint jedoch die menschliche Natur im wesentlichen so organisiert zu sein, daß sie eine beständige Abkehr von der Außenwelt zur Innenwelt nicht verträgt. Es scheinen nur die mannigfachen Verwickelungen des äußeren Lebens in der Sozietät mit ihrer Fülle von Antrieben und Reizungen jenes dauernde Persönlichkeitserleben mit seiner Glücksfülle hervorbringen zu können. Wir denken dabei nicht bloß an solche, die in äußerlicher Berührung mit dem Alltag stehen, sondern auch an den Denker, der Werte schafft, die im sozialen Leben Bedeutung gewinnen. Wir haben also zu fragen, ob die Ekstase eine solche ist, welche ein Leben in die Sozietät einleitet oder, ob sie eine solche ist, welche schließlich zu einer völligen Abkehr von der Realität führt. Es scheint, daß die Nichtwirklichkeit nicht den genügenden Stoff bietet, dauernd hochwertige Synthesen zu vollziehen und wir begegnen in der Tat solchen geistigen Verarmungszuständen in den Ekstasen der Jogins und der indischen Fakire. Vielleicht ist es doch nicht unwichtig, zu betonen, daß Ereignisse, die deskriptiv psychologisch identisch sind, doch different sind je nach dem Erlebnisstrom, in den sie eingewebt sind, je nach dem Ich, dem sie zugehören. Ich scheue mich nicht, den Gedanken auszusprechen, daß das Leben des einzelnen als ganzes irgendwie eine Einheit bildet, und daß erst durch diese Einheit jeder einzelne Baustein seinen Sinn erhält. Sollte es eine ganz bedeutungslose Tatsache sein, wenn man von Melancholikern zu Beginn der Attacke hört, wie durch einen Blitz hätte sich ihnen ihr früheres Leben erhellt und sie begriffen jetzt erst den Sinn desselben? Freilich bin ich mir bewußt, hiermit den Boden der Empirie

verlassen zu haben, aber es scheint mir, daß gerade in diesen Dingen ein innerer Zwang liegt, der über die Erscheinung hinaus nach dem Sinn derselben fragt.

Um die Ekstase zu verstehen, fragen wir also, welches Ich hat sie erlebt, welcher Wille, welche Determination hat zu ihr geführt. Aber wir fragen auch: Zu welchen neuen Willensentschlüssen führte die Ekstase.

Wollten wir diese Fragen erschöpfend beurteilen, so wäre eine eingehende Berücksichtigung des Wertproblems nicht zu umgehen.

Nun einige Worte über die Beziehung der Ekstase zur Sexualität. Leuba spricht von einer Tendenz zum sinnlichen Genuß (tendance à jouissance organique) der christliche Mystiker. Ihre Sprache und Gleichnisse sind erotisch. Sie sprechen von Hochzeiten, berauschenden Entzücken, körperlichen Freuden und die Jungfrau Maria erscheint in ihren Gebeten wie ein begehrte und genossene Frau.

Ich schlage den Schluß von Tristan und Isolde auf:

„In den wogenden Schwall,
In dem tönenden Schall,
In des Welt-Atems wehendem All,
Ertrinken,
Versinken,
Unbewußt,
Höchste Lust!"

Es ist dasselbe Erleben. Finden wir es nicht auch in den faßbaren Freuden sinnlichen Genusses? Zweifellos nicht immer, nicht, wenn sich in ihnen die Befriedigung eines mehr oder minder dringenden Bedürfnisses ausdrückt, sondern nur dann, wenn in dem Genuß die Erfüllung eines Strebens gegeben ist, das einen wesentlichen Teil der Persönlichkeit in sich schloß.

Anhang.

Selbstverständlich konnten hier nur Andeutungen und Umrisse gegeben werden, schon aus dem Plane des Buches heraus war ein detaillierendes Eingehen nicht möglich. Hier sei nur kurz angeführt, auf welche Tatsächlichkeiten sich die Ausführungen dieses Abschnittes stützen. Es sind vorwiegend die Arbeiten von James, Starbuck, Delacroix, Murisiers, Leclère, Ruyssen, Leuba, Montmorand, Achelis. Vereinzeltes Material bieten die Abhandlungen von Müller-Freienfels, Hennig, Marie, Ribot; einzelne Angaben auch die Völkerpsychologie von Wundt. Einen ausgezeichneten Einblick in das Erleben der Ekstatiker gewährt das schöne Buch von Buber „Ekstatische Konfessionen", in diesem Buche werden Berichte der Mystiker über ihr Erleben wiedergegeben. Von den angeführten Schriften aus ist es leicht in die Literatur einzudringen. Eine Reihe von Literaturangaben enthält auch Sterns Buch über die Psychologie der individuellen Differenzen.

Als ich meine Arbeit bereits abgeschlossen hatte, bekam ich noch die Arbeit von W. Maier zu Gesicht. Der Autor bemüht sich um eine deskriptiv-psychologische Sonderung der abnormen Glücksgefühle. Zweifellos ist das Bestreben, die einzelnen Erlebnisse möglichst scharf zu sondern, sehr zu begrüßen, vielleicht kann ich an anderer Stelle auf Einzelheiten der Arbeit eingehen.

Über Autoskopie, über die Lokalisation des Denkens und über die „Ichverdoppelungen" der Hysterie.

Fall 32. H. Kl., 36 Jahre. Sie hat seit August über Kopfschmerzen zu klagen, die im Hinterhaupt immer an der gleichen Stelle sitzen. Mehrfach kommen seit dieser Zeit Zeiten gehobener Stimmung, in denen sie sich wohl fühlt, sich reich glaubt und alles mögliche einkauft. Das dauert einen halben bis einen Tag, dann kommt tiefe Niedergeschlagenheit, sie weint viel, ist todestraurig und fällt dann in einen tiefen Schlaf. Diese Zustände kommen insbesonders dann, wenn sie viel gearbeitet hat.

Sie hat Zeiten, wo sie sich selbst greifbar vor sich stehen sieht in langen Strümpfen und Schnallenschuhen, im Kostüm des Mittelalters, als jungen Mann. Sie sieht sich selbst, „guckt dann bloß". Die Gestalt macht Gesten, wie wenn sie auf sie zukommen wollte. „Das muß ich sein und das bin ich auch." Während dieser Zeit hat sie keine Gedanken an sich selbst. Es dauert nur einen Augenblick. Es kommt jetzt bald alle Tage. Die Gestalt ist nicht immer die gleiche. Sie sah sich auch selbst zum Fenster hinaussehen auf einem Schlosse mitten im Wald, wieder im mittelalterlichen Kostüm. Sie sah bloß den Oberkörper. „Das bin ich". Wenn sie Musik aus der Ferne hört, nur einzelne Töne, da gehört sie nicht in diese Welt, sondern sie ist vor ein paar hundert Jahren dagewesen und sie sieht sich. Sie sieht sich in einer fremden Umgebung meist von Natur umgeben, aber so wie es damals mag ausgesehen haben. Die Natur erscheint verwildert. Auch diese Zustände kommen häufiger, wenn sie angestrengt gearbeitet hat. Was die andere Person denkt, weiß sie nicht. Man gewinnt aus ihrer Gesamtschilderung überhaupt den Eindruck, daß es sich nur um Visuelles handelt, und daß ein wirkliches Ich in dieser anderen Person überhaupt nicht gefühlt wird. Ihr Mann sei gut. Sie negiert unter Tränen, daß sie sich aus der Ehe herausgewünscht habe. Sie spricht davon, daß sie sich für das Mittelalter seit jeher interessiert habe.

Niemals Fremdartigkeitseindrücke, niemals Gefühl des Traumhaften, kein Déjà vu, keine Gehörshalluzinationen, keine Klagen über körperliche Veränderung, keine Gefühlshemmungen. Nur zeitweise mangelt das Interesse, dann lege sie sich hin und schlafe. Keine hysterischen Stigmen.

Sie selbst gibt an im Rechnen nachgelassen zu haben. Überhaupt ist sie bei der Intelligenzprüfung wie verloren, meint auf die Frage, welches der Unterschied zwischen Teich und Fluß sei, lächelnd, was ist denn da für ein Unterschied, das weiß ich nicht. Auch die Merkfähigkeitsprüfung ergibt schlechte Resultate. Sie hat mehrfach Fehlgeburten durchgemacht. Die Wassermannsche Reaktion im Blutserum war positiv. Ein Bruder war 17 Jahre lang in einer Heilanstalt, ist jetzt beruflich tätig.

Die Beurteilung dieses Falles in klinischer Hinsicht ist schwierig. Die Intelligenzdefekte lassen den Gedanken an progressive Paralyse auftauchen. Trotz des positiven Wassermanns halte ich jedoch diese für unwahrscheinlich, da die Schilderungen der Patienten den Resultaten der Intelligenzprüfung im Grunde widersprechen. Sie verweisen darauf, daß es sich bei letzteren nicht um Defekte im engeren Sinn handelt, sondern um Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit. Das ganze Verhalten der Patienten verweist uns auf eine funktionelle (im klinischen Sinn) Störung. Wieder stoßen wir auf Schwierigkeiten, wenn ich eine bestimmte Kategorie einreihen soll. Die Angaben über die eigenartigen Stimmungsschwankungen (die sie mit voller Einsicht betrachtet) verweist auf Verwandtschaft zum manisch-depressiven Irresein. Anderenteils notieren wir Momente, welche auf psychogene Beeinflussung schließen lassen. Sie lebt schlecht mit ihrem Mann, wird von ihm hintergangen. Auf die Frage, ob sie sich hinwegwünsche in eine ferne Zeit, erfolgt ein lebhafter Affektausbruch. Verständliche Zusammenhänge können also konstruiert werden.

Wir wenden uns zu der psychologischen Analyse derjenigen Erscheinung, welche uns zur Mitteilung des Falles veranlaßt hat. Es besteht bei der Patientin jenes Phänomen, das von den Autoren als Autoskopie bezeichnet wird. Bevor

ich auf die psychologische Analyse dieser Erscheinungen näher eingehe, sei kurz hervorgehoben, daß sie vorwiegend dann eintreten, wenn die Patientin anstrengend gearbeitet hat. Es ist das eine gewisse Analogie zu den Entstehungsbedingungen der akuten Depersonalisationsattacke. Eigenartig ist, daß undeutliche Gehörseindrücke offenbar solche mit dem Charakter des Vagen und Unbestimmten den Zustand hervorrufen. Das was ich selbst gesehen habe und was ich in der Literatur vorfand, hat mich zu der Anschauung geführt, daß die klinische Gesamtstellung des Phänomens eine sehr ähnliche ist, wie die der Halluzination des Anrufs mit dem eigenen Namen, die von Löwy treffend als Unruheerscheinung charakterisiert worden ist. Nur eben, daß die Autoskopie aus einer anderen Stimmung hervorgeht, aus der weichen, sehnsüchtig schmerzlichen Träumerei.

Nun zur Psychologie: Eine gedeihliche Behandlung der Frage erfordert einige Vorbemerkungen über das Verhältnis der Wahrnehmung zur Vorstellung und der Halluzination zur Pseudohalluzination (über den Begriff der Pseudohalluzination ist das Buch von Kandinsky einzusehen, auch Jaspers).

Jaspers hat sehr scharfe Trennungen vorgenommen. Zwischen Vorstellung und Wahrnehmung besteht seiner Anschauung nach ein Abgrund und die Übergänge fehlen. Die Wahrnehmung ist von der Vorstellung dadurch geschieden, daß sie leibhaftig ist und im äußeren objektiven Raum erscheint, während die Vorstellung bildlich ist und im subjektiven Vorstellungsraume auftaucht.

Jaspers kennt noch andere unterscheidende Merkmale: Der Wahrnehmung kommt eine bestimmte Zeichnung, Vollständigkeit, sinnliche Frische, Konstanz und Unabhängigkeit vom Willen zu. Merkmale, die der Vorstellung im engeren Sinne fehlen. Aber es gibt nach Jaspers Vorstellungen, die alle die letztgenannten Charaktere aufweisen, ohne daß sie hierdurch zur Wahrnehmung werden. Es sind das eben die Pseudohalluzinationen. Leibhaftigkeit und nicht Leibhaftigkeit, Lokalisation im subjektiven und objektiven Raum sind für ihn absolute übergangslose Gegensätze.

Hier muß ich sofort sagen: Erstens: Der subjektive Vorstellungsraum fällt für mich mit dem objektiven zusammen, man vergleiche hierzu die Untersuchungen von Martin und die Ausführungen von Hirt.

Zweitens: Daß ich das Wahrgenommene leibhaftig vor mir habe ist im Aktcharakter des Wahrnehmens bedingt, es ist das noematische Korrelat der Wahrnehmungsnoese. Den Inhalten kommt dieser Charakter meines Erachtens insoweit zu, als sie wahrgenommen werden.

Diese ganze Fragestellung nach der Leibhaftigkeit der Wahrnehmung hat nur dann Sinn, wenn wir uns klar machen, daß es eine psychophysische Fragestellung ist, die uns beschäftigt.

Perky fand, daß unter Umständen das matte Wahrnehmungsbild einer Orange für eine Vorstellung gehalten wurde, nämlich dann, wenn die Versuchsperson keine Wahrnehmung erwartete.

Anderenteils ist bekannt, daß im tachiskoskopischen Wahrnehmungsbilde ausgelassene Buchstaben ergänzt werden.

Schließlich nehmen wir bei jeder Wahrnehmung nicht bloß das wahr, was uns in unmittelbaren Sinnesinhalten gegeben ist, sondern es gehen in die Wahrnehmung reproduzierte Elemente in voller Leibhaftigkeit ein. Von Illusionen sprechen wir dann, wenn die auf Reproduktion beruhenden Wahrnehmungsanteile nicht wirklichkeitsadäquat sind.

Man kommt also nirgends über die Feststellung hinaus, daß in der Vorstellung der Gegenstand als vorgestellter, in der Wahrnehmung als wahrgenommener gemeint wird. Über das Verhältnis des wahrnehmenden zum vorstellenden Meinen, hoffe ich demnächst ausführlicher sprechen zu können.

Das Problem der falschen Wahrnehmung des Normalen und der Halluzination liegt wesentlich in der Frage der Adäquatheit an die Wirklichkeit. Auch die Ausführungen Spechts kommen betreffs des Unterschiedes zwischen Halluzination und Wahrnehmung zu keinen weiteren Resultaten. Die Halluzination ist eben nichts anderes als eine Wahrnehmung, welche der Wirklichkeit nicht angepaßt ist. Wenigstens können wir derzeit keine unterscheidenden deskriptiven Charaktere aufweisen. Vielleicht würden sich solche bei genauer Berücksichtigung des gesamten Bewußtseinszustandes nachweisen lassen.

Jedenfalls hängt auch schon beim Normalen der Charakter der Leibhaftigkeit nicht nur vom Rohmaterial der Sinnesempfindung ab, ebenso wie der Charakter der Bildhaftigkeit nicht durch das Rohmaterial der Vorstellung eindeutig bestimmt ist.

Also nochmals, deskriptiv psychologisch liegen die Unterschiede zwischen Vorstellung und Wahrnehmung in der Art des Meinens und dem zugehörigen noematischen Korrelaten.

Darauf, daß wesentliche Unterschiede in der Art des Vorstellens existieren, je nachdem ich den Gegenstand als einen wirklichen oder als einen phantasierten meine, gehe ich an dieser Stelle nicht ein.

Der entscheidende Gegensatz zwischen Halluzination und Pseudohalluzination ist wieder nur die Art des Meinens; nur muß ich hervorheben, daß die pathologischen Bewußtseinsveränderungen offenbar Arten des Meinens kennen, welche weder mit dem vorstellenden noch mit dem wahrnehmenden Meinen völlig identisch sind (nach eigenen Beobachtungen an hypnagogen Halluzinationen). Vielleicht eröffnet sich von diesem Gesichtspunkte aus die Möglichkeit deskriptiver Differenzen zwischen Halluzination und Wahrnehmung aufzuweisen, vorläufig kennen wir jedoch diese deskriptive Differenz nicht.

Jedenfalls geht aus unseren Ausführungen hervor, daß Resultate, welche an Vorstellungsmaterial genommen sind, auch für Wahrnehmungsvorgänge herangezogen werden können.

Wir haben diese Punkte deswegen berührt, weil wir aus den Ergebnissen der Normalpsychologie über autoskopische Wahrnehmungen Belehrung schöpfen wollen.

G. E. Müller führt aus, daß es Individuen von gewisser Visualität gäbe, bei denen die Tendenz zur (innerlichen) Autoskopie eine erhebliche Rolle spielt. „Hierunter verstehe ich die Tendenz erlebte Szenen von einem Standpunkte aus innerlich vorzustellen, der von dem bei der betreffenden Wahrnehmung innegehabten Standpunkt verschieden und zwar von der Art ist, daß man sich selbst in vollständiger Weise als Agierenden oder Zuschauer auf dem betreffenden Schauplatze mit erblickt. Diese . . . . . Tendenz ist bei mir selbst in hohem Grade vorhanden.

Ich erinnere mich z. B. aus gegebenem Anlasse eines Gesprächs, das ich vor wenigen Tagen mit einem Kollegen hatte. Ich sehe diesen mit etwas erregtem Gesichte vor mir an dem Orte, an dem er bei unserer Unterredung wirklich stand (das nicht modifizierte Erinnerungsbild), aber sofort wandelt sich dieses

Bild in ein anderes um, in dem ich von einem hinter meinen damaligen Standpunkt gelegenem Orte aus den Kollegen von vorne und mich selbst von hinten erblicke. Zahlreiche, von mir ganz sicher erlebte Situationen tauchen mir überhaupt nur in eine durch die Tendenz zur Autoskopie beeinflußten Weise auf. Selbstverständlich macht sich diese Tendenz insbesonders auch dann leicht geltend, wenn dasjenige, was in Beziehung auf eine früher wahrgenommene Situation zur Erinnerung kommt nur eine bei der früheren Betrachtung der Situation vollzogene wörtliche Beschreibung derselben ist, an deren Reproduktion sich ein sekundäres visuelles Situationsbild anschließt. Dieses sekundäre Bild unterliegt dann sehr leicht dem Einflusse der Tendenz zur Autoskopie." (Vgl. auch die Ausführungen von Martin und die Angaben von Rusk, der Entsprechendes bei Kindern häufig antraf.)

In den folgenden Zeilen sind ja auch eine Reihe hierher gehöriger Versuche mitgeteilt. Bei zwei meiner Versuchspersonen war die Tendenz zur Autoskopie im Müllerschen Sinne, deutlich nachweisbar, wenn sie sich Situationen aus ihrer Vergangenheit vergegenwärtigten. Die direkt auf Autoskopie gerichteten Versuche ließen erkennen, daß es sämtlichen Versuchspersonen gelang, ihr eigenes Bild zu produzieren. In keinem dieser Versuche hatte dieses Vorstellungsbild eine andere Bedeutung in bezug auf das Icherlebnis, wie irgend eine andere Vorstellung.

Wir sind durch einen glücklichen Zufall in der Lage, derartige Experimente auch in der Form wiedergeben zu können, daß durch Willensentschluß autoskopische Halluzinationen hervorgerufen werden. Staudenmaier hat in seiner experimentellen Magie[1]) hierhergehörige wertvolle Beobachtungen mitgeteilt. „Übrigens ist es leicht, den „Astralleib" zu vervielfältigen. Ich stelle mir z. B. nachts beim Auf- und Abgehen im Garten möglichst lebhaft vor, daß außer mir noch drei weitere gleiche Gestalten vorhanden seien. Allmählich bildete sich die entsprechende Gesichtshalluzination. Es schienen dann vor mir „drei mir völlig gleichgekleidete „Staudenmaier" in gleichem Tempo zu gehen. Sie blieben stehen wenn ich stehen blieb, streckten die Hände aus, wenn ich es tat — weil ich es ebenso eingelernt hatte."

Staudenmaier selbst lehnt die Verdoppelung der Persönlichkeit ab. „Das was man als Doppelgänger bezeichnet, ist nichts weiter als eine vom Unterbewußtsein ausgehende magische Produktion der Vorstellung des eigenen Körpers nach außen. Wie das bewußte Ich die Vorstellung einer Blume, eines Tieres, eines Menschen und selbstverständlich auch der eigenen Person halluzinatorisch nach außen sichtbar projizieren kann, so auch das Unterbewußtsein." Auch in der Antwort auf eine von mir an ihn gerichtete Anfrage, bestätigt Prof. Staudenmaier diese Anschauung und führt aus, es handle sich um ein Sichvertiefen, in die von ihm willkürlich gewählte und schließlich bis zur Halluzination getriebenen Vorstellung einer Vervielfältigung seiner äußeren Persönlichkeit. Das ist ungefähr gleichwertig mit einem Sichvertiefen in irgend eine andere Vorstellung oder in ein Studium oder in die Beobachtung fremder Personen . . . . . mein eigenes Bewußtsein verhält sich dabei auch nicht anders, wie etwa dasjenige

[1]) Staudenmaiers Buch berichtet über eine große Reihe wertvoller experimenteller Selbstbeobachtungen, welche wohl auf dem Boden des Schizophrenie erwachsen sind, von dem Autor aber als allgemeine menschliche Fähigkeiten gedeutet werden.

eines Schauspielers oder Redners oder Studenten, der sich ganz in seine Rolle bzw. in sein Studium vertieft."

Es sind diese Beobachtungen als vollkommen eindeutig zu bezeichnen. Es sind Wahrnehmungen, in die sich das Individuum unter Umständen „einfühlt".

Nun zu dem eigenen Fall; was hier vorliegt, ist nichts anderes als eine rein optische Halluzination. Anders wäre eine Angabe wie die, daß sie einmal nur ihren Oberkörper gesehen habe, nicht verständlich. Auch die Äußerung „Das muß ich sein und das bin ich auch" verweist nach der gleichen Richtung.

Wie nimmt nun das Individuum Stellung zu seiner Halluzination? Es ist so gebannt, durch die Wahrnehmung, daß es in der Wahrnehmung sich selbst vergißt. Staudenmaier hat in der Tat durchaus richtig gesehen, wenn er diese Vertiefung für gleichwertig hält mit einer Vertiefung in die Beobachtung fremder Personen. Es könnte diese Vertiefung eine verschiedene sein. Sie kann sich auch auf sehr verschiedene Teile der Wahrnehmung erstrecken. Unsere Patientin gibt ausdrücklich an, daß sie während der Wahrnehmung der autoskopischen Erscheinung von sich nichts weiß. Es wäre der Fall denkbar, daß sich die Vertiefung auf das Seelenleben der gegenüberstehenden „Ichbilder" bezieht. Nichts wäre hierdurch an den prinzipiellen Sachverhalt geändert. Der Ausdruck Einfühlung der für ähnliche Erlebnisse immer gebraucht wird, ist zu vieldeutig.

Die Zahl der einschlägigen Beobachtungen ist übrigens eine sehr beträgliche, ich zähle sie nicht auf und verweise auf die Arbeiten und Beobachtungen von Johannes Müller, Féré, Roubinowitsch, Lemaître, Sollier[1]), Geißler, Flournoy, Naudascher etc.

Auch im Schlaf kann man Ähnliches beobachten. Ich verfüge über eine Beobachtung, daß ich aus dem Halbschlaf plötzlich aufschreckte, weil ich mich selbst über mich beugte, diejenige Person, die sich über mich beugte, war etwas länger und schmäler als ich. Irgendwie war mir bewußt, daß das eigentliche Ich doch dasjenige war, welches im Bette lag, das andere war nur ein Bild, über das ich erschrak. Vielleicht darf ich noch auf eine Angabe von Dr. Wei aus meinen Versuchen hinweisen. Als er sich vorstellen soll, die autoskopische Vorstellung sei belebt, gelingt ihm das nur, wenn er sie als Fremden denkt, der ihn beobachtet.

All das bezog sich nur auf die „autoscopie speculaire" im Sinne von Sollier, auf andersartige Autoskopie-Formen werde ich erst eingehen, nachdem ich einen weiteren hierhergehörigen Fall mitgeteilt habe.

Fall 33. Gei, geb. 1871. Am 2. Dez. 1906 wird von der Polizei um 10 Uhr abends ein Mann zugeführt, der ohne Schuhe durch die Straßen gelaufen war. Er wollte sich mit einem Rasiermesser das Leben nehmen. Auf die Frage, wie es ihm ginge erfolgt keine Antwort, doch macht er eine Bewegung, als wenn er schreiben wollte. Es wird ihm Papier gereicht und er schreibt auf: „Wo bin ich?" Als er gefragt wird, warum er denn nicht spreche, schreibt er auf, „er sitzt mir am Halse, an der Kehle."

(Wer ist denn er?)

„Der andere Mensch." (Sämtliche Antworten werden schriftlich gegeben.) Er schreibt dann spontan „Ich weiß nicht, wo ich bin, sprechen kann ich, aber ich darf nicht."

Auf die Suggestion, er könne, nachdem er Wasser getrunken habe, wieder sprechen öffnet er den Mund, bringt aber nichts hervor.

Aufgefordert seine Personalien in die Krankengeschichte einzutragen, schreibt er Gei, Kaufmann, Datum der Geburt 1809. Dann schreibt er abseits, „Ich weiß nicht, ob ich richtig schreibe, er will nicht ganz."

[1]) Daselbst die Literatur.

Macht dann schriftlich darauf aufmerksam, daß er Dokumente bei sich geführt habe. Verlangt, es möge an seine Schwester geschrieben werden. Als Tag schreibt er Totensonntag, als Jahr 1871, den Monat weiß er nicht.

„Es ist mir so, als wenn er mich mit Keulen schlägt. Ich bin nicht krank, mir fehlt das Gedächtnis, mitunter verstehe ich, wenn sie sprechen, kein Wort."

(Haben Sie gestern getrunken?)

„Ich trinke fast nie Bier, sondern Tee oder Kaffee, ich rauche."

Negiert Geschlechtskrankheiten, bittet nochmals an seine Schwester zu schreiben. „Ich will sterben."

(Was ist das für ein anderer Mensch?)

„Ich nicht und ich, mein Wille ohne meine Macht und umgekehrt."

Über seine Personalien gibt er an, nichts zu wissen, er hört ein Rascheln, sonst keine Halluzinationen. Den Namen seines Schwagers weiß er angeblich nicht.

Plötzlich beißt er sich in die Hand.

(Haben Sie eine Vision gehabt?)

„Ich fühle, daß sich mir etwas nähert, langsam aber sicher meine Kehle zuschnürt und meine Gedanken verwirrt."

(Haben Sie Angst?)

„Ich habe keine Angst, denn ich will sterben, weil für mich das Leben verfehlt ist . . . . . warum ist der Mensch geschaffen".

(Werden Sie verfolgt, haben Sie Feinde?)

„Der andere Mensch."

(Wer ist das?)

„Meine Seele, was ich will, kann ich nicht, ich habe keine Macht mitunter über meinen eigenen Willen."

Er verweigert die Nahrung, will aber rauchen, ist in Haltung und Benehmen geordnet, nur etwas gehemmt. Man hat den Eindruck, daß er bisweilen deshalb nicht schreibt, weil „der andere" nicht will.

Der körperliche Befund ist mit Ausnahme eines grobschlägigen Tremos der Hände und einer Steigerung der Sehnenreflexe negativ. Die Schmerzempfindlichkeit ist im ganzen entschieden herabgesetzt. In den nächsten Tagen ergibt die (schriftliche) Unterhaltung mit ihm folgendes. Er fühlt sich nicht krank und verlangt seine Entlassung. Er weiß, daß er in einer Nervenklinik ist. Äußert Selbstmordideen (was sind Sie?) „Selbstmörder". Er schreibt, „Ich kann ja sprechen." Er ist sprachlos, seitdem ihn die Bestie an der Kehle hat. Diese ist ein Teil von ihm. Er sei nicht verrückt, nur gedächtnisschwach. Alles ist, wie ein Traum, er wird bald erwachen, wenn seine Schwester kommt. Seine letzten Erinnerungen sind die, daß er in einem Automaten war und Kaffee trank. Dort war ein Herr, der sah wie eine Eule aus, wenigstens schien es ihm so. Die Eule bestellte sich Kuchen mit Schlagsahne und aß sie wie ein Mensch. Er dachte, entweder bist du oder ich verrückt. Dann bekam er einen heißen Kopf. Er habe in dieser Zeit das Gefühl gehabt, daß alle Menschen furchtbar lächerlich und tierisch aussähen. Auf die Frage, wie lang er schon in Leipzig sei, antwortet er, „Ich kenne den Ort nur dem Namen nach. Wenn ich Ihnen nicht etwas vorlügen soll, fragen Sie mich nicht mehr, ich will alles niederschreiben und H. wird ihnen alles sagen, ich bin gedankenmüde."

In der Nacht zum 5. Dez. hat er eine autoskopische Halluzination, die ich in seiner eigenen Beschreibung wiedergebe.

Beschreibung der autoskopischen Halluzination durch den Patienten.

Man fragt mich, wieso ich nicht spreche und ich frage mich dasselbe.

Ich weiß, ich könnte sprechen, wenn ich nicht so energielos wäre, wenn ich mich wehren wollte, gegen das Etwas, welches mir die Kehle langsam zuschnürt.

Ich möchte gern begreifen, daß dieses Gefühl eine Narrheit ist und nicht der andere Mensch in mir.

Doch ich fürchte mich nicht vor solchem Zuschnüren, denn ich will sterben, weil mein Leben verfehlt ist.

Ich weiß nichts von meiner Vergangenheit, d. h. mir ist es erinnerlich, eine Schwester zu haben.

Ich sehne mich auch nicht nach meiner Vergangenheit, warum weiß ich nicht, aber eine Stimme sagt mir, beeile dich zu sterben, ehe deine Vergangenheit wiederkehrt.

Somit bin ich vollständig gesund und bitte, mich zu entlassen, damit ich mich töten kann!

Hier kann ich es nicht, ich habe es Ihnen versprochen und mein Wort ist mir heilig.

Bitte auch mir zu beweisen, daß Sie geben, was Sie mir versprochen und so bitte ich höflich, für heute Nachmittag um eine Tasse Tee mit Zucker und eine Zigarre oder Zigarrette und dann gestatten Sie mir, auf kurze Zeit in den Garten zu gehen!

Ich möchte noch mehr zusammenhängender schreiben, jedoch mir ist so wirr, so wüst im Hirn! Später weiter!

Wenn ich die Augen schließe, meine ich zu fliegen, dann gibt es ein melodisches Summen und eine Sehnsucht steigt in mir auf, wo nach? ich weiß es nicht, ich möchte rufen, schreien, manchmal auch singen, dann kommt der andere Mensch in mir und schnürt so langsam, so plötzlich die Kehle zu.

Der andere Mensch kommt stets nur dann, wenn ich mich nach ihm nicht kehre, wenn ich selbst etwas denken will, vor allem aber, wenn ich sprechen will.

Die Bestie weiß es, wenn ich nur sprechen könnte, würde ich auch Herr über ihn selbst wieder werden, daher auch die Vorsicht und Achtsamkeit des anderen Menschen.

Eine merkwürdige Erscheinung, Sie meine Herren würden einfach Traum sagen, habe ich heute Nacht gehabt.

Ich sprach mit ihm, dem anderen Menschen in mir, ich sah ihn, d. h. nicht ihn in Person, nur seine Hand.

Ich lag mit offenen Augen und konnte meinen Blick nicht von dem elektrischen Licht fortbringen, da fühlte ich einen leisen Druck an der rechten Backe, so ungefähr als wenn man mich mit einem Hornmesser berührt und ich wandte mich, ohne erschreckt zu sein, nach rechts.

Da stand dieser Helbig von Mansfeld, er konnte scheinbar nicht den Arm bewegen, als ich mich, um besser zu sehen, aufrichtete, sah ich eine kleine wunderbar weiße und schön geformte Hand den Arm dieses Mannes halten. Nebenbei gesagt, wußte ich nicht, daß dieser Mann Helbig heißt, an seiner Brust hing jedoch ein Plakat mit Namen und Stand.

„Schreib dir diesen Namen auf du Narr!" Diese Stimme hörte ich, sie kam nicht von dem Manne mit dem Plakat (also nicht von Helbig) sondern sie kam aus der Hand und noch mehr, die Stimme kannte ich, es war meine eigene.

„Wie kannst du mir mein eigenes Ich, mit meiner eigenen Stimme etwas befehlen?" wollte ich rufen, da kam der langsame und doch so plötzliche Druck an der Kehle. Ich hörte ein Lachen, als wenn ich selbst lache. „Schreib, schreib, sei kein Narr" und ich schrieb bzw. ich kratzte den Namen, so gut es ging in die Wand und merkwürdig, mitunter kann ich die Kratze selbst gar nicht lesen, dann wieder erscheint sie mir ganz deutlich.

Erst als ich mit dem Schreiben fertig war, begann die Hand mit meiner Stimme zu sprechen.

„Hörst du deine Stimme, Narr? Sieh, ich habe sie dir genommen, ebenso deine Vergangenheit und wenn es mir paßt, auch deine Gegenwart, jedoch dann müßtest auch du es wollen."

„Ich bist du, aber du bist nicht ich, d. h. nur so lange du lebst, bist du nicht ich sondern wirst erst ich, wenn ich mich von deinem Fleische trennen kann. Siehe, dein Fleisch riecht und mein Wohnort in dir ist geradezu verpestet, daher zog ich aus und nahm die Stimme der Vergangenheit mit, du fühlst es selbst, ich kehre oft zu dir zurück, jedoch nur um zu sehen, was die anderen machen, ich die Zukunft, die Gegenwart usw., nur siehe, wenn ich wieder in dir wohnte, so könntest du mich fesseln, wie früher, aber du weißt nicht wie, du Narr, daher bin ich dein Meister; also nicht ich gehöre dir, sondern du mir; demnach bin ich du und du ich, nur du bist in meiner Macht."

Mir waren diese Auseinandersetzungen über, ich wollte ihn, den anderen eigenen Menschen jedoch noch halten, um meine eigene Stimme zu hören, daher wollte ich sagen: „Und wieso zeigst du mir den Helbig, den ich von Aussehen nicht kenne?" Das wollte ich sagen, jedoch ich konnte diese Frage nur denken. Da hörte ich mich selbst wieder sprechen: „Narr, wievielmal soll ich dir denn sagen, du bist ich und ich bin du? Wenn ich dich nichts

wissen lasse, behält man dich hier, du jedoch mußt hinaus, damit du dich töten kannst, denn ich habe dich satt, d. h. dein verpestetes Fleisch, meine und deine Fessel, nach dir selbst sehne ich mich, denn ich gehöre mir nie ganz, wenn ich von dir gehe, ebenso wie du närrisch erscheinst, wenn ich nicht bei dir bin. Um ein vollkommenes Wesen zu bilden gehören zwei, du und ich, jedoch du nicht mit deinem Körper, sondern deinem Geiste, wirf den Körper von dir und der Geist wird vereint mit der Seele die Seligkeit."

Aber warum dachte ich, kann ich mich denn nicht hier töten, warum zeigst du mir Wege, damit man mich hier rausläßt? „Narr! hörte ich wieder sagen, dir gehört die Gegenwart und die Gegenwart in dir verpflichtet dich zu falschen Anschauungen, komme nur hinaus und ich werde sie dir zeigen, sie mit ihrem grauen Gesicht, den hellen Augen, den zahnlosen Mund, behaftet mit den gräßlichsten Schmerzen, ja ich werde dir das alte Weib zeigen, es wird dich betrachten, dich befühlen und alles von sich selbst in dir selbst einschließen, dann mußt du dich töten, selbst in der Gegenwart."

Das verstand ich nicht, ich wollte fragend denken, da war alles fort, die Hand, der sogenannte Helbig. Mag ich auch nur die Gegenwart in mir haben, ich habe keine Furcht vor dem Weibe, vor meinem zweiten Ich, daher bitte ich Sie, meine Herren, den sog. Helbig kommen zu lassen. Sie werden hören, daß ich gesund bin und wenn in mir die Vergangenheit auch ausgelöscht oder gezogen ist, so haben Sie deswegen kein Recht, mich meiner Freiheit zu berauben.

Sie wollen mich bitte an meine Schwester und den sog. Helbig schreiben lassen, damit Sie überzeugt werden, daß man mich sofort entlassen muß. Während der Zeit, in deren Antworten hier eintreffen, bitte ich Sie, mich gefl. nicht weiter zu untersuchen, da ich Sie heute genügend überzeugt habe, daß ich gesund bin, ferner wollen Sie mir gütigst Tee nebst Zucker, als auch einige Zigarren verabfolgen lassen, meine Schwester wird Ihnen, so hoffe ich bestimmt, sofort alles mit bestem Dank vergüten.

Auch wäre es mir sehr angenehm, feste Nahrung erhalten zu können, da mich die ewigen Suppen sehr flau machen. Mir fehlt das edelste Gewürz nach allen Speisen und das ist eine Zigarre oder Zigarette. Beim Rauchen gewinne ich Laune und rege Gedanken, bei Rauchenthaltsamkeit verwirren sich meine Sinne und ich fühle mich gedrückt, geknechtet und unfrei.

Falls Sie noch eine Auseinandersetzung mit mir wünschen, oder nach derselben immer noch glauben sollten, ich sei krank, gut meine Herren, versuchen Sie es doch gütigst, mir statt Essen gefl. Zigarren und Zigaretten geben zu lassen und meine momentane Gedrücktheit wird schwinden.

Übrigens, Herr Doktor, lassen Sie davon ab, mich nochmals zu untersuchen, ich bin gesund. An Gedächtnisschwäche leiden 100 000 Menschen, ohne daß sie zum Arzt gehen. In dieser Hinsicht läßt sich nun eben nichts machen.

Hat mich nun der andere Mensch hieher hingeführt, gut dann meine Herren, so werden Sie nicht auch der Sklave dieses meines zweiten Ichs, sondern lassen Sie mich hinaus in die freie Natur. Wenn dieses gegen Ihre Pflicht ist, mich nimmermehr durch Enthaltsamkeit des Rauchens niederzudrücken und so aus mir einen nichtsdenkenden, nichtsfühlenden Menschen zu machen.

Ich habe die größte Achtung vor Ihnen und Ihrer Wissenschaft, demnach warne ich Sie als Laie, mir das Rauchen hier nicht zu verbieten.

Wie die Blume nicht ohne Licht und Luft leben kann, so kann ich nicht ohne Rauchen leben. Meinen Sie, daß mir das Rauchen schadet, gut, dann entziehen Sie mir dieses nach und nach. Dem Alkoholiker können Sie nicht mit einem Male den Schnaps entziehen, dem Raucher nicht das Rauchen. So bitte ich Sie nun herzlich, ziehen Sie an Speise und Trank ab, geben Sie mir dafür gütigst zu rauchen.

Übrigens verstehe ich nicht, wieso ich in Anstaltskleidung gesteckt werde. Ich gebe Ihnen mein Wort, so etwas macht mich unfrei, kennzeichnet mich den anderen gegenüber.

Ich wiederhole es noch einmal, entweder lassen Sie mich gütigst sofort gehen, in welche Stadt es auch sein mag, oder lassen Sie mir hier meine freie Lebensweise. Sie behandeln mich gütig, aber das ewige Bewachen kränkt mich. Ich gab Ihnen mein Wort, mich hier nicht zu töten, Ihnen nicht die geringste Unannehmlichkeit zu bereiten, ich bitte Sie dagegen, behandeln Sie mich gütigst nicht wie einen Kranken, ich fühle es sehr genau heraus, was echt oder unecht ist. Ich gebe Ihnen mein Wort und werde es halten, seien Sie jedoch so gütigst und suchen Sie mich zu verstehen. Behandeln Sie mich wie einen Gesunden, selbst wenn ich

es nach Ihrer Meinung nicht sein sollte. Lassen Sie mir die Lebensweise, wie ich sie haben muß, d. h. Rauchen, feste Nahrung, gottesfreie Natur und ich werde gesunden, wenn ich wirklich krank sein sollte.

Gewiß, normal ist mein Zustand nicht, weil ich nicht sprechen kann, weil mein Gedächtnis für die Vergangenheit zum Teil verloren gegangen ist, ich sage mit Recht, zum Teil denn — —

Der weitere Teil der Selbstschilderung enthält nichts Wesentliches.

Er bekräftigt sein Aussagen wiederholt.

Am gleichen Tage sagt er, „Ich bemühe mich, wenn ich allein bin, verzweifelt zu sprechen."

Auch in der nächsten Nacht habe er sich selbst im Traume mit tieftraurigem Blick gesehen. Es müsse etwas Tieftrauriges auf ihn eingestürmt sein, die letzten Eindrücke müßten mit seiner Schwester und H. zusammenhängen. Es sei vielleicht eine Art Selbsthypnose, daß er nicht mehr sprechen könnte. Er sehne sich nach seiner Vergangenheit und habe zugleich das Gefühl, daß es besser wäre, wenn er nichts davon erführe. Geist und Seele seien noch getrennt; habe noch keine Macht über sich. Seine Selbstmordgedanken seien zurückgetreten. „Vielleicht habe ich mal Nietzsche gelesen, das ist ein Mensch, der alles ableugnet, Gott und das Sein."

Am gleichen Tage gelingt es, ihn zum Pfeifen, zum Aussprechen von Vokalen und Silben zu bewegen und schließlich spricht er auch wieder.

In einer Reihe von hypnotischen Sitzungen (die Hypnose ist sehr leicht herbeizuführen) gelingt es, ihn zu detaillierten Angaben über seine Vergangenheit zu bringen. Sie mögen nach seinen Aufzeichnungen nachgelesen werden. Er behält nämlich diese Erinnerungen über die Zeit der Hypnose hinaus. Zeitweise tritt Widerstreben gegen die Hypnose ein. Bemerkenswert sind Angaben, die er am 26. Dez. in der Hypnose machte. Er habe bei der Aufnahme in der Klinik sprechen wollen, aber nicht sprechen können. Es sei ein Kampf zwischen seinem gesunden und seinem kranken Bewußtsein gewesen. Hierdurch sei das Gefühl entstanden, es sei ein anderer Mensch da. Im Automaten-Restaurant habe er zuerst einen Menschen gesehen, dann fand er Ähnlichkeit mit einer Eule heraus und dann kam der Wahn, daß es wirklich eine Eule sei und das schien ihm dann ganz natürlich. „Warum sollte eine Eule hier nicht Kaffee trinken?" Er fühlte die beiden Menschen aus sich herauswachsen. Er hatte Furcht in seinem Wahnsinn, einem anderen Böses zu tun.

Am 27. Dez. meint er, er werde immer unglücklicher, je mehr die Erinnerung wiederkäme.

Bis zur Entlassung am 28. März 1907 bietet er nichts Auffälliges. Er ist im allgemeinen ruhig und geordnet, hat zahlreiche Wünsche und ist leicht erregbar.

Nun der Bericht, den er über seine Vorgeschichte schrieb:

Die Rückerinnerung an meine Vergangenheit in wirklich mich selbst überzeugender Art, ist kaum 6 Wochen alt — und ich zähle 35 Jahre! — —

Urplötzlich, wie durch ein Erdbeben, ein Ort, eine Stadt verschwindet, so verschwand mein Gedächtnis!

Orte, Städte verschwinden — sie sind versunken — begraben, doch die andern, ringsumher bleiben, obwohl sie zittern — wanken!

So auch bei mir! Mein Gedächtnis ging verloren für alles, was meine „persönlichen" Rückerinnerungen betrifft — das andere blieb — wankend und zitternd — aber es blieb! —.—

Ich bin „mir" fremd, doch die Welt mit ihrem Leben und Treiben ist mir bekannt — diese Erinnerung habe ich gerettet! — — Diese versunkenen Erinnerungen wurden mir nur so langsam ausgegraben — ausgegraben mit einem Werkzeuge, welches sich Hypnose nennt! Dort stehen nun die einzelnen wiedergeschaffenen Rückerinnerungen — ganz und ungreifbar — andere sind zerfallen — lückenhaft — und das Ganze hat eine falsche Umgebung — es ist fremd, nicht zusammengehörig — dennoch sagt man, es gehört mir — daher glaube ich es — die Überzeugung fehlt! —

So will ich hauptsächlich vorerst von dem erzählen, was mir die Hypnose erschlossen — ich will denken — einreihen, damit etwas Zusammenhängendes entsteht, darum zerlege ich die Rückerinnerung meiner Vergangenheit in drei Teile.

I. Die durch Hypnose bewirkte, mich nicht ganz überzeugende Rückerinnerung.

II. Persönliche Annahme z. B. so muß es gewesen sein.

III. Rückerinnerung aus mir selbst, also mich ganz überzeugende Rückerinnerung!

Diese drei Teile werde ich stets besonders auseinanderhalten, d. h. diesbezügliche Bemerkungen hinzufügen, die ich in folgender Abkürzung markiere.

Gedanken nur durch Hypnose hervorgerufen, also Teil I (H. in Abkürzung).
Persönliche Annahme usw., also Teil II (A. in Abkürzung).
Rückerinnerungen aus mir selbst usw., also Teil III (R. in Abkürzung).

Nach den bei mir gefundenen Militärpapieren bin ich am 25. September 1871 in Konitz (Westpr.) geboren (H.), mein Vater war Regierungslandmesser, meine Mutter, eine geborene von M., lebt (A.) so nehme ich an in Thorn.

(A. u. H.). Von meiner frühesten Jugend bis zum Alter von 18—19 Jahre meine ich in Thorn, möglich auch bei Thorn, im Hause meiner Eltern, in Gemeinschaft mit meinen älteren Geschwistern, 2 Brüder und einer Schwester, gelebt zu haben. (Letzteres aus dem Briefe meines Bruders X. ersehen.)

Nun meine Jugendzeit! (R.). Ich muß eine herrliche Jugend verlebt haben, sonst würde mir die Natur nicht so vertraut, so lieb erscheinen! Alles grüßt mich, die kahlen Bäume, das welke Gras, die pfeifende Amsel, der singende Fink — sie grüßen und erzählen von einer Zeit — einer herrlichen Zeit — meiner Jugend!

(A. u. H.). Wenig war mein Vater zu Hause und schwer fiel es meiner Mutter, uns zurückzuholen, wenn wir nach dem Mittagessen davon gerannt waren. Ja, wo sollte man uns denn auch suchen, einer ging in den Wald, der andere fuhr Kahn und der dritte lief nach der Stadt.

(R.). Mein Vater war heftig, wiederum gutmütig, sehr gottesfürchtig und edel, für uns das Ideal eines Mannes! Meine Mutter, meine teure Mutter, war die ewigverzeihende, ewigliebende, sich für ihre Kinder und ihren Mann stets selbstaufopfernde Gattin und Mutter. Warum ist mir das Bild, die Gestalt meiner Mutter, noch immer mit einem Schleier überzogen, während mein Vater so greifbar vor mir steht? O du höhnendes Schicksal, wenn du mir den lieben Toten zeigst, der längst den finstern unbekannten Weg ins Jenseits gegangen, warum verbirgst du mir die Gestalt meiner teuren Mutter, die mich liebt, sich nach mir sehnt, die ich achte und verehre wie eine Heilige? — — Wie meine anderen Geschwister aussahen, ich weiß es nicht. Obwohl der eine Bruder Stanislaus (der nach dem Briefe meines Bruders Xaver krank sein soll) mir nicht fremd erscheint! (H.). Ich sehe ihn! Er ist mindestens einen Kopf größer wie ich, hat dunkles Haar, dunkle Augen, ein feines, etwas weibliches Gesicht. Armer Bruder, du bist krank, kränker wie ich, ob du aber unglücklicher bist, das ist die Frage! — —

(A.). Wenig, fast gar nicht haben wir Geschwister in der Jugend zusammen gespielt und später gingen unsere Lebenswege zu weit auseinander!

(A.). Ich beendete meine Schulzeit in Thorn, ebenso war ich in derselben Stadt bei einem Kaufmann in die Lehre geschickt (der Name ist mir entfallen). (R.). Meine erste Stellung als Handlungsgehilfe nahm ich in einem Seidenwarengeschäft in Bromberg an, die Firma hieß Abr. Friedlaender, das mag im Jahre 1889 oder 90 gewesen sein. (H.). Dann ging ich nach Danzig, von dort nach Berlin. Den Namen der Firma in Danzig habe ich vergessen, dagegen war ich Berlin bei Gustav Cords und A. Wertheim, wahrscheinlich bis 1894 oder auch 1895 tätig.

(A.). Nun kommt eine für mich nicht aufgeklärte Zeit. Ich weiß es, daß ich noch in Stettin, Frankfurt a. M., möglicherweise auch in Bremen tätig war, nur kann ich nicht die Reihenfolge angeben, ebenso wenig die Firmen, halt, da fällt mir ein, daß ich in Stettin bei L. Manasse tätig war (H.).

Vor ca. 4—5 Jahren, es können auch 3—4 Jahre her sein, bekleidete ich eine Reisestelle für ein Plauener Gardinenhaus.

(A). Trotz meiner wahrhaft wilden, herrlichen Jugendzeit hatte ich immer die Neigung, etwas Neues zu schaffen, diese Neigung wurde später bei mir zur Leidenschaft — ich wurde

Erfinder! (A.). Ob nun diese Erfindungssucht deswegen bei mir zur Leidenschaft ausartete, weil ich mich als Kaufmann nicht frei genug fühlte, weil mich die Erfindungssucht schon längst ergriffen hatte, kann ich nicht beurteilen. Tatsache ist es, daß ich meine Stellung als Reisender aufgab, um mich ganz meinen Ideen zu widmen.

(H.). Es waren nur kleine Sachen, die ich hervorbrachte, Verbesserungen usw., doch der Verkauf dieser Neuheiten war mir stets leicht, aber so auf Kommando konnte ich auch nichts Neues schaffen und so wurde mir wohl oft das Geld knapp, ich mußte mich an meine Angehörigen wenden (A.) diese gaben ungern, sehr ungern, ich hoffte mit einem Male alles wieder geben zu können, deswegen beugte ich meinen Nacken und bat! — — Es muß zuletzt ein Hundeleben für mich gewesen sein, ein Leben, wie es jammervoller wohl kaum andere Menschen je durchgekostet haben, Hunger, Elend, Zweifel, Hoffen, waren meine Begleiter in langer, langer Zeit! — —

(H.). Ich nehme an, 3—4 Tage vor dem Ausbruch meiner Krankheit nach Leipzig gekommen zu sein und in einem, mir von früher bekannten Gasthause, mich einlogiert zu haben. Dort wohnte ich wohl zwei Tage und wollte sodann (A.) auf Kredit mich so lange dort aufhalten, bis ich Geld erhalte, man verweigerte mir den Kredit (H.) und ich zog trotzdem ich Geld erhielt (von wem ist mir nicht bekannt) nach einem anderen Gasthause, mit der Absicht, den nächsten Tag meine Sachen aus dem ersten Gasthause zu holen und dort niemals mehr zu wohnen.

Doch dazu kam ich nicht! (H.) Ich muß den nächsten Tag, wahrscheinlich einem Sonntag, von morgens früh schon planlos umhergelaufen sein, bis ich mich auf einmal, gegen 3—4 Uhr nachmittags in einem Speise-Automaten befand.

(A.). Mein Zustand an diesem Tage ist wohl abwechselnd in einer zeitweisen vollständigen oder teilweisen geistigen Umnachtung und wiederum in kurzer geistiger Klarheit zu finden und nehme ich an, daß ich willenlos nach dem Speise-Automaten gegangen bin, dort den anderen Menschen nachahmend, mir Kaffee bestellte, oder selbst holte, und beim Trinken zu einer gewissen geistigen Klarheit gelangt bin, sonst würde ich nicht in der (H.) Hypnose von einem Herrn gesprochen haben, der mir vis-à-vis saß und sich schließlich in eine Eule verwandelte. Diese Verwandlung ist wiederum auf die zeitweise geistige Umnachtung zurückzuführen.

(A.). Es mögen wohl Stunden vergangen sein, ich hörte dann ein Klirren, merkwürdig, daß mir das Klirren so im Gedächtnis haftet, ob man in meiner Gegenwart etwas zerbrach?

(R.). Ich erwachte — lag in einer kahlen Zelle . . . .

(Es folgt jetzt die Schilderung des uns bereits bekannten.)

Die ausführlichen Angaben der Familienangehörigen bestätigen auch in Details seine Berichte. Er hat sich übrigens mit seinen Geschwistern entzweit, weil er zur Zeit seines Umherirrens in der Welt an seine Geschwister Briefe schrieb, „die eines Bruders nicht würdig waren." Die Verwandten halten ihn für gut veranlagt und führen sein Versagen im Leben auf seine übermäßig entwickelte Phantasie zurück.

Nun ein kurzes Resümee der Krankengeschichte. Gei, ein gut veranlagter zur Phantasterei neigender Mensch kommt von seiner geregelten Lebenstätigkeit durch die Leidenschaft nach Erfindungen zu suchen ab und gerät in unerträgliche Notlage. Diese schließt damit ab, daß er einen Selbstmordversuch macht und plötzlich in einen hysterischen Zustand verfällt, in dem er die Sprache und alle jene Erinnerungen verliert, welche sich auf seine eigene Persönlichkeit beziehen. Beides hatte ihm der „andere Mensch" genommen, der doch er selbst ist und dessen Hand ihm in einer autoskopischen Halluzination erscheint. Die Erinnerung kehrt ihm in der Hypnose wieder, aber er wird um so unglücklicher, je mehr die Erinnerung wiederkehrt.

Den Zweck der Erkrankung, deren Zuteilung zur Hysterie nicht angezweifelt werden kann, ist durchsichtig.

Die Deutung dieses in mancher Hinsicht merkwürdigen Falles, den mir Herr Dr. Quensel in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat, wofür ich ihm zu aufrichtigen Dank verbunden bin, soll hier nur in groben Umrissen versucht werden. Ein exakter Erklärungsversuch müßte eine vollständige Theorie

der Hysterie enthalten. Eine solche zu versuchen, liegt uns vollständig fern. Hört man den Patienten über seinen Zustand berichten, so glaubt man fast, er habe Kenntnis von den Theorien Janets, der ja dem dédoublement de la personalité bei der Hysterie eine wichtige Rolle zuweist. Uns ist der Anlaß gegeben, die Frage aufzuwerfen, ob es denn wirklich berechtigt ist, von der Bildung einer zweiten Persönlichkeit zu sprechen. Unser Patient hat verloren: die Sprache und diejenigen Erinnerungen, welche sich auf seine eigene Persönlichkeit beziehen. Er schreibt diese einer anderen Persönlichkeit zu, welche er als einen feindlichen Andern auffaßt. Niemals verliert er jedoch die Kenntnis, daß jener feindliche Andere doch er selbst ist. Es ist also in unserem Falle nicht richtig, zu behaupten, es erwüchse allmählich ein zweites Ich, welches dem ersten Ich fremd sei (vgl. hierzu Janet).

Aber auch wenn im vollständig somnambulen Zustand nur vereinzelte Empfindungen zutage treten, sind diese nicht Empfindungen eines neuen Ichs, sondern es ist immer wieder das gleiche Individuum, welches diese Empfindungen erlebt. Anderenteils ist das Individuum im latenten Besitz dessen, was dem anderen Ich zugehört. Der hysterische Blinde schreibt auf, was er angeblich nicht sieht. Janet hat ja selbst darüber Experimente gemacht. Nur kann ich mich eben nicht damit einverstanden erklären, daß Janet dann wieder von Automatismus spricht, wenn durch das „automatische" Schreiben komplizierte Rechenaufgaben gelöst werden.

Unser Patient selbst bemerkt sehr richtig, daß er doch irgendwie von seiner Vergangenheit Kenntnis haben müßte, denn sonst würde er wie ein Kind sein.

Nun finden wir analoge Verhältnisse in allen einschlägigen Quellen. Auch die berühmten Fälle von doppeltem Bewußtsein (Azam, Mitchel, Mac-Nish, Wilson, Bourru-Burrot, die künstliche Felida Janets) zeigen das gleiche. Es bildet sich nicht etwa eine neue Persönlichkeit, ein neues Ich, sondern es tritt nur eine neue Seite der Persönlichkeit zutage. Man kann das Erhaltenbleiben der alten Persönlichkeit des alten Wissensschatzes ja auf sehr verschiedene Art nachweisen. Janet bedient sich des unwillkürlichen Schreibens. Prince und Peterson haben in einem der ausgesprochensten Fälle dieser Art (Prince hat ihm ein Buch von 500 Seiten gewidmet) mittelst des psychogalvanischen Phänomens nachgewiesen, daß die Erlebnisse aus dem état second auch der aktuellen Persönlichkeit gegenwärtig sind. Auch das sog. Kristallsehen zeigt, daß die Erinnerungsspuren nicht wirklich verschwunden sind. Das Individuum, welches in einen Kristall sieht, sieht dort alles, was ihm entschwunden war. Also in allen diesen Fällen ist die Einheit des Bewußtseins und die Einheit des Ich auf das strengste gewahrt. „Die doppelte Persönlichkeit ist somit nur ein doppeltes System von Inhaltszusammenhängen und ein abgespaltenes Bewußtsein darf weder in die zweckmäßig arbeitenden Rückenmarkzentren noch in die selbständig funktionierenden Gehirnteile hysterischer Patienten verlegt werden. Wir könnten mit demselben Recht jeder einzelnen Vorstellung ein besonderes Bewußtsein ankleben, die größere oder geringere Festigkeit im Zusammenhang der Inhalte, kann nicht darüber entscheiden, ob wir es mit demselben oder einem anderen Bewußtsein zu tun haben." (Münsterberg.) Zu vergleichen sind übrigens die besonnenen Ausführungen von Binswanger und Raimann.

Ich kann mir nicht versagen, wenigstens kurz darauf hinzuweisen, in welcher Weise die nicht gegenwärtigen Erlebnisse vorhanden sind. Die Einengung des

Bewußtseinsfeldes allein kann es unmöglich sein. Denn um den Versuch Janets nochmals zu wiederholen in denjenigen Teilen des Bewußseinsfeldes, welche durch die Einengung Schaden gelitten haben, vollziehen sich komplizierteste Rechenaufgaben, die der Zerstreute und Unaufmerksame nicht zustande bringen würde. Der partielle Somnambulismus lehrt uns mit Entschiedenheit, daß auch in dem anscheinend verfallenen Teile des Bewußtseinsfeldes das Ich in aufmerksamen Akten leben kann. Das was diese Akte kennzeichnet ist nur, daß sie zu einer Gruppe andersartigen Erfahrungen nicht in Beziehung gesetzt werden oder exakter nicht direkt in Beziehung gesetzt werden. Wenn ich mich also einer bildlichen Ausdrucksweise bedienen darf, die Bewußtseinserlebnisse sind kreisförmig, um das Ich angeordnet, nach jedem hin zieht ein Ichstrahl, ein jedes ist im unmittelbaren Ichfelde, nur trennen radiär angeordnete Scheidewände die Erlebnisse so, daß sie nicht durch unmittelbaren Willensentschluß zueinander in Beziehung gesetzt werden können. Ich halte infolgedessen jeden allgemeinen Versuch zur Bestimmung der allgemeinen Eigenschaften des Unterbewußtseins oder Gemeinbewußtseins (Bechterew) für verfehlt. Gewiß ist dieser ganze seelische Zustand ein durchaus eigenartiger. In denjenigen Ichstrahlen, welche Erlebnisse außerhalb des abgegrenzten Feldes treffen, wird nicht jene volle Aktivität enthalten sein, welche den Bewußtseinserlebnissen des Normalen zugehört und jene nicht vereinheitlichte Erlebnisrest wird auch dem Aktcharakter des Vordergrunderlebens einen eigenartigen Stempel aufdrücken.

Wir haben nun noch zu bestimmen, welcher Art die Scheidewände sind, von denen wir sprachen. Sie sind gegeben durch Determination. Es ist eine Einstellung gegeben über eine Erlebnisgruppe hinwegzusehen. Hiermit meinen wir eine psychologische Deskription und zunächst noch keine psychologisch-genetische Erklärung. Das Vergessen des traumatogenen Erlebnisses (falls ein solches zu erweisen ist) ist für diese Betrachtungsart ein Symptom, welches gleichzusetzen ist dem Vergessen andersartiger Erlebnisse in der Amnesie.

Daß solche deskriptiv klare Verdrängungen sich nachweisen lassen, ist allerdings eine Vorbedingung für eine Theorie, welche eine Verdrängung an den Eingang der Krankheit setzt. Eine derartige Theorie (es ist dies der ursprüngliche Standpunkt von Breuer und Freud) scheint uns aber zumindest in einer großen Anzahl einschlägiger Fälle nicht ohne Berechtigung zu sein. Vergleichen wir also nochmals Depersonalisation und Hysterie[1]) so ergibt sich, die Hysterie entspricht einer Abwendung vom schmerzenden Erlebnis, während der Depersonalisierte der fortdauernden inneren Forderung des Erlebnisses nicht entgeht[2]). Für die deskriptive Betrachtung liegt der Unterschied wieder darin, daß das hysterische Symptom einen durch Determination erreichten Defekt darstellt, während das Erleben des Depersonalisierten den Charakter der Widersprochenheit trägt.

Wir wenden uns nun den autoskopischen Erlebnissen unseres Patienten zu. Er sieht nachts vor sich eine weiße Hand, die er als seine eigene bezeichnet und hört zu sich sprechen mit seiner eigenen Stimme und dieser Andere, der er selbst ist, behauptet, seine Erinnerungen und seine Sprache zu besitzen.

Bevor wir die Analyse dieses Erlebnisses weiterführen, rekurrieren wir unserem Prinzipe treu auf die Psychologie des Normalen.

---

[1]) Hysterie im Sinne eines Symptomenkomplexes vgl. auch Kapitel I.

[2]) Die Fassung ergänzt bewußt die Formulierung des I. Kapitels.

Ich habe selbst einige einschlägige Versuche vorgenommen; als ich anläßlich der Durcharbeitung des Materiales über Autoskopie versuchte, mich mir selbst vorzustellen, kam ich zu folgenden Ergebnissen. I. Es ist mir sehr leicht, ein mehr oder minder genaues Vorstellungsbild meiner selbst vor mich hinzustellen. II. Ich kann mich gleichsam selbst von außen betrachten mit einem vor mir stehenden geistigen Auge.

Diese Selbstbeobachtungen gaben mir zu folgenden Experimenten Anlaß: I. Ich verlangte von meinen drei Versuchspersonen, sie sollten sich selbst vorstellen, dies erfolgte meist in der Art, daß sie ein Bild vor sich hinstellten, II. die zweite Instruktion, die ich gab, war: Stellen Sie sich selbst vor, aber nicht so, daß außer dem Körper, den Sie fühlen, ein zweites Vorstellungsbild vorhanden ist. Sondern stellen Sie sich selbst so vor, wie Sie sich sehen, wenn Sie den Blick über Ihren Körper hingleiten lassen. Es soll jedoch in dem Vorstellungsbilde auch das Antlitz vorhanden sein.

Die Versuchspersonen saßen bequem. Die Augen waren geschlossen.

Die Resultate waren folgende:

Doktor R. I. Es gelingt leicht, sich selbst vorzustellen, es war etwas flächenhaft, wie ein Spiegelbild, das Bild war ruhig, hatte seine Kleidung, war jedoch in einer anderen Stellung. Auf die Details gehe ich nicht weiter ein. Die Ich-Beziehungen dem Bilde gegenüber sind die gleichen, wie bei anderen Bildern. II. Er sieht sich gleichsam von einem Punkt von innen; dieser Punkt, der sieht, wandert von der Mitte des Körpers nach beiden Seiten hin. Es gelingt ihm nicht, dieses innere Auge, das völlig unanschaulich gegeben ist nach außen zu verlegen und wenn er das versucht, so kommt schließlich das gleiche Erlebnis wie im ersten Versuch zustande.

Auf die Frage (sie wird an jede Versuchsperson gestellt), in welcher Weise er sich vergangene Situationen vergegenwärtigt, gibt er an, er sehe sich in einem kleinen räumlich angeordneten Bilde vor sich und sei verkleinert.

Dr. Wei. I. Er sieht sein Bild verkleinert vor sich, das Bild ist ruhig und farblos, es ist eigentlich ein Erinnerungsbild an eine Photographie. II. Er sieht sich gleichsam von innen durch vermittelst eines geistigen Organs, dieses geistige Organ wandert im Körper herum, es ist dabei ein gewisser Eindruck des Hohlseins vorhanden. Er kann dieses geistige Organ nicht nach außen verlegen. Bei dem Versuche hierzu schlägt das Erlebnis, in das des ersten Versuches um und wenn er sich zwingt, zu denken, das projizierte Bild beobachte ihn, so kann er das nur so denken, als beobachte ihn ein anderer.

Vergangene Situationen aus seinem Leben stellen sich ihm so dar, daß er sich beträchtlich verkleinert flächenhaft vor sich sieht.

Dr. Wa. I. Er sieht sich nicht sehr plastisch, nur das Gesicht ist sehr deutlich, sowie im Spiegelbild, das Bild ist ruhig und gleicht ihm an Alter und Kleidung. Das ganze Bild etwas flach. II. Er sieht sich in halber Figur, es ist so, wie wenn ein geistiger Blick aus einem geistigen Auge, das etwa ein Meter von ihm entfernt ist, zunächst auf seine Knie blickte und ihn dann von unten hinauf mit dem Blicke absuchte. Dieses geistige Auge ist etwas unvorstellungsmäßig gegebenes. Dabei das Bewußtsein, daß es der eigene geistige Blick ist und das Wissen, daß er selbst in dem Stuhle sitzt; er kann sich nicht vorstellen, daß dieses geistige Auge in ihm sitzt.

In erinnerten Szenen aus seinem Leben weiß er sich in normaler Größe im Raume, er sieht sich selbst dabei nicht.

Ich habe daraufhin diese Versuche nochmals mit möglichster Sorgfalt an mir selbst wiederholt. Die Versuchsergebnisse der ersten Fragestellung übergehe ich, da sie nur geringes Interesse bieten. Wesentlicher sind die des zweiten Versuches. Wie Dr. Wa. sehe ich mich selbst für gewöhnlich von außen, ich habe den Eindruck, daß dieses geistige Auge durch keine Vorstellung gegeben ist. Es ist ein unanschauliches Wissen. Zeitweise symbolisiert sich mir, dieses unanschauliche Wissen in der Form, daß ich zarte Strahlen von starker Lichtbrechung von einem Punkte gegen mich ausstrahlen sehe. Ich weiß, daß die Vorstellung hergenommen ist von der Kernspindel bei der Zellteilung. Nachdem ich viel über die Sache nachgedacht habe und den Ausdruck inneres Auge bei mir verwendet habe, sehe ich auch Strahlen, die von einem Auge ausgehen.

Durch Willensentschluß bringe ich es jedoch auch dazu, den Beobachtungspunkt von außen nach innen zu verlegen. Im gleichen Moment entsteht ein schwer zu beschreibendes Bewußtsein, eines Ausgehöhltseins. Es besteht die paradoxe Vorstellung, daß das geistige Auge innen ist, durch einen ausgehöhlten Raum sieht und mit dem Blicke nicht die innere Seite der Hauthülle trifft, sondern direkt die Außenseite. Je nach dem Punkte der Oberfläche, der beobachtet wird, wandert dieses immaterielle Auge.

Während in dem Falle der Beobachtung von außen gleichsam der Denkprozeß nach außen verlegt und trotzdem noch das „Ich" im Körper selbst erlebt wird, ist von einer derartigen scheinbaren „Spaltung des Icherlebens" in dem zweiten Falle nichts nachweisbar.

Das wichtige Ergebnis dieser Versuche ist, daß die Lokalisation des Denkprozesses für die Selbstbeobachtung durch bestimmte Einstellungen jederzeit abgeändert werden kann. Wie ich aus meinen eigenen Versuchen sagen kann, die Abänderung der Lokalisation des Denkens ist nicht eine schlechthin willkürliche, sondern sie wird in unserem Falle durch eine bestimmte Betrachtungsweise indirekt aber zwingend herbeigeführt.

Wir lernen durch diese Versuche ferner, daß durch eine Richtung der Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper ein eigenartiger Eindruck des Hohlseins entstehen kann.

Schließlich zeigt sich uns, daß man jederzeit scheinbare Ichspaltungen auf dem beschriebenen Wege hervorbringen kann. Wieder kann ich aus eigener Erfahrung sagen, diese Ichspaltung ist eine scheinbare, sie ist eine Folge des Eindrucks, daß ein eigenes Denken, räumlich getrennt vom Körper existiert, es ist also mehr eine eigenartige Lokalisation des Denkens als ein besonderes Icherlebnis.

Die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Pathologie liegt auf der Hand. Sie erklären vieles aus dem Gebiete der Depersonalisation (darauf gehen wir an dieser Stelle nicht ein) und macht uns sonst unverständliche Erscheinungen der Autoskopie verständlich[1]).

Man erkennt sofort, daß unsere Experimente eine Handhabe bieten zur Erklärung jener Formen der Autoskopie, in denen ein beseeltes zweites Ich

[1]) Auch die kuriosen Beobachtungen von Sollier und Comar über die Selbstwahrnehmung innerer Organe (nach Sollier wird sogar eine mikroskopische Struktur gesehen) finden durch ähnlich angelegte Experimente eine einfache Erklärung.

auftritt, mag es nun Gestalt und Form des ursprünglichen Ich annehmen oder nicht.

Wir wenden uns also zu jenen Autoskopiefällen, in denen das Persönlichkeitserlebnis gleichsam verdoppelt erscheint.

Wir erwähnten schon in unseren Experimenten gefunden zu haben, daß ein Auge von außen auf das Ich blicken kann und daß das Ich gleichzeitig sein Denken im äußeren Raum lokalisiert und gleichwohl sich selbst an einer anderen Stelle weiß. Wir erwähnten schon, daß nur eine eigenartige Lokalisationsstörung des Denkens vorliegt, im übrigen aber nichts anderes als das, was geschieht, wenn ich sonst einen Teil meiner selbst beachte. In der Mehrzahl der Fälle von Autoskopie wird jedoch nicht bloß das geistige Auge nach außen verlegt, sondern es erscheint gleichzeitig halluzinatorisch oder pseudohalluzinatorisch ein optisches Bild, wir werden dieses nicht anders bewerten, als die symbolischen Vorstellungen, die bei meinen Versuchen hervortraten. Es ist mir übrigens auch jederzeit möglich, willkürlich die Vorstellung zu entwerfen, daß nicht ein geistiges Auge, sondern ein „zweites Ich" auf mich blickt.

Wie mangelhaft Sollier die Lehre von Ichverdoppelungen begründet, möge kurz die Wiedergabe des Falles 7 seiner Publikation über Autoskopie illustrieren.

Die 17jährige Tina M., eine Hysterica mit Sensibilitätsstörungen hat stets zwei „Ich" in sich gefühlt. Das eine spricht dafür, das andere dagegen und sie sieht zu. Sie halluziniert eine schwarz gekleidete Gestalt mit faszinierendem Blick. Denkt sie an Liebe und Ehe, so erscheint ihr die Gestalt und diese hat dann die gleichen Ideen wie sie selbst, die Gestalt sagt ihr unerhört süße Liebesworte. Sie verspürt dann zu gleicher Zeit Furcht und Befriedigung. Sie fühlt, wie er sie völlig einhüllt und fühlt seine Berührung, er spricht mit ihr und sie hört ihn. Während der Erscheinung ist sie in träumerischem Zustand und kann die Augen nicht öffnen. Sie ist völlig anästhetisch. Sie macht Abwehrbewegungen bei Stichen, weiß, daß sie es ist und ist gleichzeitig davon überzeugt, daß nicht sie es sei, die Abwehrbewegungen mache. Ihr Körper scheint ihr leicht im Raume zu schweben, ihr Kopf ist leer, sie hat keine Kenntnis von der Zeit und fühlt sich glücklich. Für die Außenwelt ist sie völlig unempfindlich. Sie erklärt, daß vier Personen in ihr sind, zwei Stimmen, die sich widersprechen, eine dritte, die zusieht (sie selbst) und schließlich ist sie moralisch identisch mit der Person außer ihr.

Sollier akzeptiert die Theorie der Patientin und nimmt gleichzeitig vier Persönlichkeiten an. Über die widerstreitenden inneren Stimmen hatte ich mich ja schon in dem Kapitel über Ichbeziehungen des Denkens geäußert. Daß die Deutung des autoskopischen Erlebnisses, so wie sie Sollier gibt, nicht berechtigt ist, geht ja wohl aus unseren bisherigen Ausführungen zur Genüge hervor. Man könnte versucht sein, in diesem Falle von Einfühlungserlebnissen zu sprechen. Wir haben immer wieder betont, wie weit dieser Begriff in der gebräuchlichen Bedeutung ist. Ich lege besonderen Wert darauf zu betonen, daß die abnorme Lokalisation des eigenen Denkens im Raume ein spezifisches Erlebnis ist, auch dann, wenn dieses eigene Denken in eine „fremde Persönlichkeit" lokalisiert wird.

Bei Fiebernden, insbesonders bei Zuständen, die mit Schmerzen verbunden sind, treten ähnliche Zustände mit der Nuance häufig auf, daß der Schmerz im eigenen Körper lokalisiert und dieser als z. T. ichfremd bezeichnet wird. So ergeben sich Übergänge zur Depersonalisation, auf deren genauer Analyse wir mit

Rücksicht auf das Vorhergegangene verzichten können. Es sind Vereinigungen von Lokalisationsstörungen des Denkens und der Widersprochenheit des Erlebens. Man vergleiche hierzu die Angaben Geißlers über jene junge Blinde, welche sagt: „Ich leide nicht so wie sie glauben. Es ist mir, als lebte da nicht ich, sondern ein anderer." Wiewohl in diesem Falle nichts Genaues über den Beobachtungspunkt gesagt wird. Man ziehe zum Vergleich auch noch die Beobachtung Juliusburgers heran. Ich kann noch über folgendes berichten. Dr. Wei berichtet mir von einer fieberhaften Erkrankung: er fühlte sich vom Körper getrennt als Seele, der Körper kam ihm wie etwas Fremdes vor. Er empfand aber die Schmerzen mit, als ob der Körper doch ein untergeordneter Teil seiner selbst sei.

Nun zu der Analyse der eigenen Beobachtung (Pat. Gei). Er sieht eine Hand, die er sich selbst zuschreibt und jener Andere behauptet diejenigen Fähigkeiten zu haben, die ihm fehlen. Die Erklärungsmöglichkeiten sind folgende: Es kann sich möglicherweise nur darum handeln, daß sich an die halluzinierte Hand die Bewußtheit anschließt, das bin ich und die Worte des Anderen sind halluziniert, ebenso wie jede andere akustische Halluzination. Anders läge jedoch die Sache, wenn der Patient nicht bloß wüßte, daß der Andere seine Erinnerung und seine Sprache hat, sondern, daß er sie auch direkt in jenem Anderen erlebte.

Es wären dann in dem anderen ein Denken und Erinnern, welches doch als Denken und Erinnern des Ichs gekennzeichnet ist. Ich kann mich des Eindruckes nicht erwehren, daß dieser Sachverhalt in unserem Falle vorliegt, und daß bei dem sog. Kristallsehen das Icherlebnis ein sehr ähnliches ist.

Schließlich können wir entsprechende Erlebnisse wieder im Traume antreffen. Hacker gibt folgenden Traum wieder.

Ich war auf einer Kegelbahn und stand draußen beim Kegeln, die besonders ein Herr besonders stark warf. Dann kam ein Bekannter und dieser Herr erzählte ihm, daß mich vier Kugeln getroffen hätten und ich tot sei. Die erste habe mich am Kopf verletzt, so daß ich sehr geschrieen und gezuckt habe. Ich sah mich tatsächlich am Boden blutend liegen. Zugleich aber wußte ich, daß ich vor dem Herrn stehe und seiner Erzählung zuhörte, ohne daß mir diese Zweiheit auffiel.

Hacker hebt hervor, daß ihm in diesem Traume die „Verdoppelung" gar nicht bewußt wird, sondern erst hinterher auffällt. In der Tat trennt dieser Unterschied des Traumerleben von dem Erleben der pathologischen Fälle. Immerhin glaube ich, daß unsere bisherigen Analysen geeignet sind, auch das Verständnis derartiger Traumerlebnisse zu erleichtern. Auch hier ist die „Verdoppelung" nur eine scheinbare.

Nun ein weiterer Traum Hackers. Ich wollte von Bischoffwiesens nach Berchtesgaden fahren und ging mit einem schweren Rucksack beladen an den Schalter. Ein alter Mann, der gleichfalls einen schweren Rucksack zu tragen hatte ging vor mir hin, da sagte ein zweiter alter Mann, gib mir doch auch etwas von deiner Last, dann erreiche ich auch mehr. Da lief der erste davon und der zweite ging nach ohne ihn zu erreichen. Endlich aber erreichte er ihn doch und nahm ihm seinen Rucksack weg und nun lief ich mit dem gestohlenen Rucksack dem ersten alten Mann davon. Ich kam nun an einen Zaun und wollte rasch unten durchkriechen, doch war der Boden schlüpfrig und die Lücke zu eng. Ich warf Rucksack und Mantel von mir, um zu entfliehen, da sah ich aber, daß der alte Mann schon

kam. Ich starrte ihn entsetzt an und erwachte dabei mit lebhaftem Unlustgefühl. Während ich zuerst den beiden Männern zugesehen hatte, war ich auf einmal selbst der eine von beiden und trug auch dieselben Kleider und den alten Mantel, den ich selbst an dem zweiten bemerkt hatte.

Auch diese Traumerfahrungen scheinen mir in ihrer Bedeutung klarer zu werden, wenn man sich vergegenwärtigt, daß es schon normalerweise möglich ist, sein Denken außerhalb der körperlichen Person zu lokalisieren. Im Traume fallen ja die festen Bindungen zwischen der Körpervorstellung und dem Ich fort. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn das Ich im Traume gleichsam aus einem Leib in den anderen überspringt. Auch aus eigener Erfahrung sind mir Traumerlebnisse bekannt, in denen ich mit einem anderen sprach und plötzlich jener Andere war. So interessant die Frage nach dem Icherleben im Traum ist, so schwierig ist eine hinreichende genaue Beobachtung. Die Flüchtigkeit der Traumerinnerung und die Kürze der Erlebnisdauer im Traum selbst erschweren die Analyse.

Und schließlich suchen wir auf Grund des Erfahrenen die Erklärung eines sehr eigenartigen Verdoppelungserlebnisses, das Jaspers bei seinem Dr. Mendel konstatierte. Der Passus ist folgender:

„In diesen Stunden entwickelte sich nun auch das Gefühl der Gegenwart der anderen Persönlichkeit und der Verdoppelung weiter. Bisher hatte er in Schwankungen erlebt: eine andere Persönlichkeit gegenwärtig, die bis ins kleinste mitgefühlt und sich mitbewegt, die dann er selbst in der Verdoppelung, er selbst als Weib ist. Nun in der Zelle wurde die Verdoppelung völlig deutlich. Jetzt steckte die andere Persönlichkeit in ihm, er fühlte in sich den weiblichen Körper. Er fühlte die weiblichen Brüste, die runden Hüften, die weiblichen Genitalien, doch fühlte er sich als den Kern, als realer, das Weibliche wie durchsichtig, wie gespensterhaft. Doch fühlt er das Leben des weiblichen Körpers, das Atmen usw. sehr deutlich. Als Mann fühlte er sich lang, hatte ein riesiges Glied und fühlte sich schön, wie den Adam Dürers. Er betrachtete sich in seiner Schönheit. So lang und wohlproportioniert, dachte er, werden nun alle Menschen. Zwischen ihm als Mann und zwischen ihm als Weib kam es nun zum Koitus. Es war ein Liebegefühl, ohne alle sexuelle Erregung, „so ein freies gehobenes Gefühl" ohne Wollust waren doch die Sinnesempfindungen und der Koitus da. Als der Koitus herum war, war das ganze Erlebnis der Verdoppelung fort. Es mag das vielleicht eine halbe Minute gedauert haben. Es ging eine schnelle Verwandlung vor sich in körperlicher Beziehung. Gleichwohl hatte er das Bewußtsein, daß er immer derselbe war, geistig gleich blieb . . . . Einige Tage später wiederholte sich noch einmal das Erlebnis der körperlichen Verdoppelung, sonst kam es nicht vor."

Versucht man dieses Erlebnis zu deuten, so denkt man zunächst an die gleichen Mechanismen, die wir bei den Inkarnationserlebnissen unseres Patienten Karl O. feststellten. Also ein Erlebnis, vergleichbar dem des Hypnotisierten, der in der Hypnose zum General in Uniform wird? Aber es ist diese Erklärung nicht ausreichend. Es sind ja zwei räumlich getrennte Iche vorhanden. Sollten nicht Projektionsmechanismen des Denkens, wie sie uns beschäftigten, hier eine Rolle spielen? Man beachte doch, daß der Patient auf den eigenen Körper beachtend eingestellt ist. Freilich eine endgültige Erklärung ist auch das nicht. Aber so kommen wir dem Phänomen doch näher. Aber schließlich: Sicher ist, auch wenn der Patient einen „Teil" seines Ich räumlich anders lokalisiert, es ist ebensowenig Grund eine „Ichverdoppelung" anzunehmen, wie bei jenen einfachen Lokalisationsstörungen des Denkens, die wir experimentell studierten.

Über Besessenheit.

Fall 34[1]). Juliane S., geb. 1856, aufgenommen 1911. Familienanamnese belanglos, normale Entwickelung. Mit 39 Jahren ein Krampfanfall, mit 47 Jahren Menopause. 5 Kinder starben, ein Sohn ist gesund. 1908 nach Influenza heftige Kopfschmerzen. Seit August 1910 klagte sie über Rheumatismus und arbeitete wenig. Weihnachten 1910 begann sie durcheinanderzureden, lief von zuhause weg, blieb die Nacht fort, wurde auf der Landstraße gefunden. Arbeitete dann wieder bis Ende Januar 1911, erzählte dann Unsinniges, habe ihrem Mann etwas angetan, Vieh und Futter seien vergiftet. Bei der ersten Aufnahme in die Klinik, 28. Januar 1911, erwies sie sich als leicht abweisend. Die Orientierung war mangelhaft. Sie sei nachts fortgelaufen, um zu sehen, wie es draußen aussieht. Sie bezeichnet sich als Christuskind. An einem Abend sei lauter Helles heruntergefallen. Sie hätte eine Stimme gehört, sie solle alles aufmachen. Auf Wunsch der Stimmen ging sie auch ins Feld. Die Stimmen sagten ihr, sie solle auf die Chaussée gehen und auf eine Kutsche warten und mit dieser flüchten. Bei der Intelligenzprüfung wieder abweisender, sie lacht häufig vor sich hin, gibt zeitweise absichtlich verkehrte Antworten, so antwortet sie auf die Frage, wieviel Tage das Jahr habe, „das kann ich als Frau von 54 Jahren nicht wissen." Während des ganzen Examens halluziniert sie lebhaft, wenn sie nicht gerade antwortet, erfolgen lautlose Lippenbewegungen. Sie unterbricht auch manchmal plötzlich das Gespräch und sieht zur Seite. Dabei negiert sie Halluzinationen.

Die körperliche Untersuchung ist im wesentlichen negativ.

Auch an den folgenden Tagen spricht sie viel vor sich hin. Sie spricht zum Teil auch offenbar Dinge, die sie als die Worte eines anderen auffaßt. Z. B.: „Frauchen, ich habe das falsch verstanden." Sie zeigt ein leicht maniriertes Wesen. In der Folgezeit gesteht sie dem Referenten (am 15. Febr.) sie habe Stimmen in sich, die im Munde säßen, die Stimmen wollten aus dem Munde heraus. Die Patientin hielt Zwiegespräche mit ihren Stimmen und antwortet dann laut, als ob jemand in ihr antworten würde. Aus ihrem ganzen Verhalten geht hervor, daß sie die Antworten nicht als ihre eigenen empfindet. Die Patientin sagt z. B.: „Habermann, Sie müssen sagen, wie sie hergekommen sind, sitzen sie noch im Mund?" „Ja, ich sitze noch im Mund, ich bin von meiner Geschäftsführersfrau hier einverleibt." Zwei Tage später — sie war ruhig gewesen und hatte nur stumm die Lippen bewegt, erklärt sie, es seien vorgestern alle Leute aus ihrem Heimatsort hinter ihr her gewesen. Sie habe immer mit ihnen sprechen müssen. Die Sprache der anderen sei nicht von ihr selbst gesprochen worden. Am 20. Febr. hört sie keine Stimmen mehr, ist läppisch. Sie wird am 9. März gebessert entlassen, kommt jedoch nach einigen Tagen wieder. Sie hatte selbst gefordert, man solle sie wieder in die Klinik bringen. Sie äußert Wahnideen gegen ihre Verwandten. Bei der Aufnahme spricht sie ständig vor sich hin, abends erzählt sie dem Referenten, er wisse doch, daß sie ein Christuskind sei und beginnt dann mit einem Zwiegespräch mit ihren Stimmen, wobei sie die Stimmen des Partners selbst spricht. Sie hält das so Gesprochene offenbar nicht für ihr eigenes Sprechen. Als der Referent die Stimmen direkt anspricht, geben diese selbst direkt Antworten. Als ich den Stimmen den Befehl gebe, Frau S. zu verlassen, sagen sie (Frau S. spricht!) „Morgen werden wir hinaus fahren und dann muß das Frauchen untersucht werden." Die Stimmen bleiben dann einige Tage fort. Am 19. März wird sie wieder erregt und beginnt nachts in der mehrfach beschriebenen Weise ein Gespräch mit ihren Stimmen, die sie wieder in der oben beschriebenen Weise selbst spricht.

„Stirbst du, dann ist es egal, du weißt nicht, wie das hergeht. Ich bin F. (Name eines Arztes) und die von Berlin sind auch hier."

Spricht selbst: „F. ist bei mir, ihr fliegt alle ohne Kündigung hinaus."

„Ich habe gesagt, laßt das Frauchen gehen." „Frauchen sei still, morgen lebst du nicht mehr."

Sagt selbst: „Wenn bloß der lange Doktor hier wäre. Ich weiß, was inwendig, was auswendig passiert. Wenn die unten an den Beinen nicht wegmachen, weiß ich was passiert. (Weint) Wilhelm! Wilhelm!" „Frau weine nicht, ich bin F., sei still." „Wir sind morgen alle fünf hier und suchen die drei raus. Daß die Frau nicht krank ist, weiß ich."

---

[1]) Diesen Fall habe ich in der Nervenklinik in Halle beobachtet. Herrn Geheimrat Anton danke ich für die Überlassung der Krankengeschichte.

„Tante, Tante, du bist unglücklich geworden."

Sagt selbst: „Sie sollen nicht denken, daß ich verrückt bin, F. ist bei mir."

„Frau S., Frau S., trage alles mit Geduld."

Sagt selbst: „Du bist morgen um 12 Uhr hier."

„Ich kann schon eher da sein."

„Ist die Frau tot, dann wißt ihr, wer daran schuld ist."

„Tante sei ruhig, ich kenne die ja von Berlin. Jule Aßmann ist drin, der will nur Gift von unten machen."

Sagt selbst: „Wer ist das?"

„Ich bin es Aßmann."

Sagt selbst: „Willst du streiten, daß du der Aßmann bist, wo sitzt du?"

„An der Decke, meine Frau sitzt auch an der Decke."

Sagt selbst: „Wer bist du."

„Laß."

Auch am nächsten Morgen spricht sie dauernd vor sich hin. Sie gibt an, sie hätte 5 Stimmen aus Berlin und 5 Stimmen aus Halle bei sich. Sie antwortet immer auf Fragen mit der Stimme des Kriegsgerichtsrates (dessen Frau als Patientin in der Klinik ist). Die Stimme des Kriegsgerichtsrates spricht sie mit tiefer Stimmlage: „Ich bin der Kriegsgerichtsrat und das ist meine Frau, sie hat ihren Verstand nicht, ich habe ihn aber. Das Zimmer kostet mich ein schweres Geld und meine Frau sitzt draußen. Ihr müßt nicht denken, daß der Kriegsgerichtsrat dumm ist; die Frau (damit meint die Patientin sich) hat einmal, was genommen, aber zweimal wird kein Gift gegeben . . . . . meine Frau lasse ich nicht mehr hier am Fenster sitzen."

Zappelt lebhaft mit den Füßen, die Stimmen seien darin. Den ganzen Tag über spricht sie in heftiger Erregung.

„Das ist nicht die Frau, die spricht, ich bin der Kriegsgerichtsrat aus Berlin." Sie spricht zu sich als Stimme des Kriegsgerichtsrates. „Frau er nimmt die Stimme nicht von dir — Frau laß ihn gehen — Frau antworte ihm nicht."

Immer wieder ist deutlich, daß sie das von ihr Gesprochene nicht sich selbst zuschreibt. Am 22. März spricht sie mit 3 verschiedenen Stimmen zu sich, die eine bezeichnet sie als die Stimme ihrer Schwester, die andere als die ihres Vaters, die dritte als die des Kriegsgerichtsrats. Sie spricht diese Stimmen in verschiedenem Tonfall. Sie hält mit diesen Stimmen Zwiesprache, so daß sie Dialoge von 4 Personen spricht. Ihr Mann spricht: „Mutter ich komme aus dir heraus und will dich wieder schlagen." Der Kriegsgerichtsrat spricht zum Referenten. „Nimm der Frau das vom Kopfe herunter." Glaubt, daß Schmutz und Ungeziefer von der Decke auf sie herabgefallen sei. Auch am 24. März spricht sie noch weiter. Der Gesichtsausdruck ist gespannt, weder traurig noch ängstlich. Meist spricht sie leise, spricht sie jedoch mit dem Arzt, so wird die Stimme laut und drohend.

„Soll ich, der Vater aus der Frau herausfahren."

„Ich sage dir, das Frauchen muß nach Hause."

„Ich bin das Schwesterchen, das jetzt spricht."

Glaubt Mann und Sohn seien tot.

Am 27. März spricht sie den ganzen Tag bald laut und schreiend, bald leise vor sich hin. Es sind das die Stimmen, die sprechen, neben ihr selbst, sie sprechen meist drohend.

„Das Frauchen soll nicht aufgeschnitten werden; wer kann das verantworten, daß dem Frauchen der Leib aufgeschnitten wird."

Sie selbst spricht, „mir haben sie alles herausgenommen."

„Ich will euch den Vater zeigen."

„Nun fliegt mal in die Haare."

„Wir fliegen ihm hinein."

„Nun fliegt nur."

„Wir wollen, sie soll nicht geschlachtet werden."

„Wo seid ihr?"

„Vor der Türe."

„Wo liegt ihr?"

„Wir stehen an der Türe, alle sechse, Frauchen, wir stehen alle sechse da."

„Wir wollen schwarz herein."

„Wer hat das eingegeben?"

„Wer kommt da herein?"
„Wer war das?"
„Der Vater?"
„Der Kaiser?"
„Was schneidet er?"
„Er schneidet mir die Kaldaunen aus."
„Fliegt ihm in die Haare."
„Nun hat er soviel Kinder auf dem Gewissen und will den Doktor spielen!"
„Fliegt ihm an."
„Steht er hier noch?" „Wir schlagen ihn tot."
„Was sagt der Dicke?"
„Ich will köpfen."
„Wo geht er hin?"
„In die Stube."
„Hast du die Mutter zu öffnen und zu verbrennen?"
„Nun soll sie geschlachtet werden und die Mädchen sollen sie forttragen."
„Wer ist das?"
„Ich bin der Kaiser selber."
„Das ist mein Söhnchen, das habe ich auch getragen."
„Ihr seid Geschwister."
„Wir wollen sie retten, aber keiner soll schneiden."
„Der Tierarzt hat gesagt, sie soll morgen geöffnet werden."

Es ist aus allen diesen Reden, die wörtlich, wenn auch nicht ganz vollständig wiedergegeben sind, häufig der direkte Zusammenhang nicht zu entnehmen. Es ist auch nicht mehr auseinander zu halten, welcher der einzelnen Stimmen die Worte zuzuschreiben sind. Die Gesamtsituation bleibt allerdings verständlich. Die einzelnen Stimmen werden nuanciert gesprochen. Sie spricht erregt, sie sitzt halb aufgerichtet im Bett. Motorische Symptome sind nicht vorhanden.

Im weiteren Verlauf treten keine wesentlichen Änderungen ein, sie wird zeitweise aggressiv. Hält an der Realität ihrer Halluzinationen fest, verlangt mehr zu essen, weil doch die Leute, die bei ihr seien, auch Nahrung haben müssen. Während sie halluziniert ist sie für Ereignisse der Außenwelt ziemlich unzugänglich. Erst Mitte April werden die Dialoge spärlicher. Sie bleibt dabei, ein Christuskind zu sein, hält das Essen für vergiftet. Zeitweise drängt sie hinaus. Hat lebhafte Gehörshalluzinationen, gibt über ihre Stimmen nur wenig Auskunft, spricht leise unverständlich vor sich hin. Sie sei die Christusfrau, von der alle ihren Lohn bekämen, die alles hier bezahle. Sie wird am 6. Juni in eine Landesheilanstalt überführt.

Diese Beobachtung ist klinisch wohl in die Nähe der Schizophrenien zu stellen. Fasse ich zusammen: Eine 54jährige erkrankt unter Versündigungsideen, sie glaubt das Vieh sei vergiftet, unter dem Einfluß dieser Ideen läuft sie von zuhause fort. Sie bezeichnet sich als Christuskind. Sie halluziniert sehr lebhaft. Ihr Wesen ist maniriert. Schließlich behauptet sie, sie hätte Stimmen in sich und sie spricht selbst deren Antworten, ohne das Sprechen als eigenes anzuerkennen. Sie spricht so Dialoge, an denen sich mehr als 10 Personen beteiligten. Der Inhalt dieser Dialoge ist ein schreckhafter, sie soll geschlachtet und fortgeschleppt werden. Diese akute Phase, während derer sie aggreniv ist, klingt ab, es bleibt eine Reihe von Wahnideen zurück. Es sind ja unsere Kenntnisse über die Psychosen des Rückbildungsalters noch zu wenig erklärt, als daß man sichere Klassifikationen treffen könnte. Für unsere Zwecke genügt es, daß mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, es liege in diesem Falle ein organisches Substrat vor. Uns interessiert, daß die Patientin spricht, ohne sich das Gesprochene selbst zuzurechnen. Sie teilt vielmehr die Worte den halluzinierten Persönlichkeiten zu, die sie in sich zu beherbergen glaubt. Dieses Verhalten wird dadurch um so eigenartiger, als die Zahl der Personen in dieser

Weise aus ihr sprechen, eine sehr große ist. Machen wir uns in Kürze klar, welch kompliziertes Geschehen dem Verhalten der Patienten zugrunde liegt. Es muß die Antwort der halluzinierten Personen zunächst gedacht, dann das Gedachte ausgesprochen werden. Wenn die Antwort ausgesprochen ist, darf diese nicht als die eigene erfaßt werden. Noch komplizierter ist der Fall, wenn eine der halluzinierten Persönlichkeiten direkt angesprochen wird und direkt antwortet. Es muß dann auch das Hören der halluzinierten Persönlichkeit zugeschrieben werden, das Verstehen des Gehörten, das Formulieren einer Antwort und das Aussprechen einer Antwort. Nimmt man hinzu, daß die Patientin selbst, wie aus ihrem Verhalten hervorgeht, das Gesprochene hört, so kann man sich ungefähr einen Begriff von der Mannigfaltigkeit der psychischen Erlebnisse machen.

Im wesentlichen können wir von Besessenheit sprechen, wobei wir uns allerdings darüber hinaussetzen, daß bei unserer Patientin keine religiös-moralischen Wertungen mitspielen.

Eine Erklärung versuchen wir erst dann, wenn wir an der Hand einzelner Fälle eine vorläufige Orientierung gewonnen haben.

Die Patienten mit partiellem Somnambulismus geben hier die ersten Fingerzeige. Janets Patientin Leontine wundert sich, wenn die in ihr durch Suggestion geschaffene Persönlichkeit Leonie die Bänder der Schürze immer von neuem löst. Andriennes unterbewußte Persönlichkeit gerät in Zorn und stellt den Rapport ein. Dann schreibt wieder die unterbewußte Persönlichkeit auf eigene Faust Briefe ohne Wissen und Willen des Oberbewußtseins. Diese „selbständigen Handlungen" des Unterbewußtseins führen im Falle von Prince zu einer Reihe mehr oder minder amüsanter Quiproquos.

Diese Fälle werden ohne Schwierigkeiten der Deutung zugänglich sein, wenn wir uns unsere vorhergegangenen Ausführungen ins Gedächtnis zurückrufen. Alle diese Gedanken und Handlungen sind Gedanken und Handlungen des Ich, es wird unter einer bestimmten Determination über sie hinweggeblickt. Das Besondere dieser Zustände ist aber die abnorme Wirkungskraft des Denkentschlusses, das Abnorme ist, daß das Individuum über sie hinwegblicken kann. Das Beachtenswerte dieser Fälle ist, daß auch die Willensanstrengung des „Unbewußten" dem Bewußtsein nicht direkt gegenwärtig ist, nur der Effekt. In dem Falle Leonies: das gelöste Schürzenband wird von dem Individuum wahrgenommen. Das alles wird weniger wunderbar, wenn wir nochmals daran erinnern, daß die meisten der gedeihlichen Tätigkeiten sich dadurch charakterisieren, daß die Willensanstrengung geringfügig ist und der zeitliche Zusammenhang zwischen Willensentschluß und Ausführung nicht immer eindeutig ist. Vor Ach hat man die motorische Willküraktion vielfach als reflektorisch bezeichnet[1]).

Die Besessenheit unterscheidet sich (wenn man von dem inhaltlichen Charakteristikum absieht, daß der einwohnende Dämon einem moralischen Werturteil unterliegt) von den partiellen Somnambulismus in mehreren Punkten. Zunächst: Der Somnambule weiß nichts von seiner Besessenheit („Oberbewußt.") Der Besessene weiß von seinem Zustand und leidet unter ihm. Aber dieser Unterschied findet seine Begründung darin, daß der Dämon sich, ich möchte sagen offenherziger kundgibt. Er spricht und dieses Gesprochene wird ebenso von dem

[1]) Vgl. zu der ganzen Frage die „latenten" Einstellungen Koffkas.

Individuum wahrgenommen wie von Leontine wahrgenommen wird, daß das Band gelöst ist. Freilich macht es einen Unterschied, daß Leontine nichts davon bemerkt, daß das „Unterbewußtsein" ihre Hand in Bewegung setzt. In einzelnen Fällen (nicht in allen!) spürt das besessene Individuum wie der Teufel die Zunge in Bewegung setzt. Ferner: Es ist leichter, sich mit dem Dämon als mit dem Unterbewußtsein des somnambulen Patienten in Verbindung zu treten, man braucht nicht die Zerstreutheit abzuwarten und der Dämon antwortet auch dann, wenn der Besessene mit ihm die Frage hört.

Als Beispiel ein Fall von japanischer Fuchsbesessenheit (nach Baelz).

Während sie uns mit Tränen in den Augen, ihre Leidensgeschichte erzählt, meldet sich der Fuchs. Zuerst zeigten sich leise, dann stärkere Zuckungen links um den Mund und im linken Arm. Sie schlug sich mit der geballten rechten Faust wiederholt heftig auf die linke Brust, die von früheren solchen Anlässen her ganz geschwollen und blutrünstig war und sagte zu mir: „Ach Herr, jetzt regt er sich wieder, hier in meiner Brust." Da kam plötzlich aus ihrem Munde eine fremde scharfe Stimme in schnarrendem Ton: „Ja, freilich bin ich da und glaubst du dumme Gans etwa, daß du mich hindern kannst?" Darauf die Frau zu uns: „Ach Gott, ihr Herren, verzeiht, ich kann gewiß nichts dafür," dann sich immer wieder auf die Brust schlagend und mit dem linken sich zuckend zum Fuchs: „Sei still, Bestie, schämst du dich denn gar nicht vor diesen Herren? Der Fuchs: „Hehehe, ich mich schämen? Warum? So gescheit wie diese Doktoren bin ich auch. Wenn ich mich schämte, so wäre es darüber, daß ich mir ein so albernes Weib zum Wohnsitz ausgesucht habe." Die Frau beschwört ihn, droht ihm, ruhig zu sein. Er unterbricht sie und nach kurzer Zeit ist er im Alleinbesitz des Denkens und der Sprache. Mit einer unfaßlichen Schlagfertigkeit antwortet er auf alle Fragen, hat sofort für alles eine Erklärung bereit. Die Frau ist jetzt passiv wie ein Automat, versteht offenbar nicht mehr deutlich, was man ihr sagt, an ihrer Stelle erwidert immer hämisch der Fuchs."

Janet hat einen Fall von Besessenheit näher analysieren können. Er überzeugt, daß die Unterschiede zwischen der Besessenheit und dem partiellen Somnambulismus keine prinzipiellen sind. Es gelingt nämlich, mit dem Teufel in einen besonderen Rapport zu treten, so daß nur er und nicht der Besessene hört, was zu ihm gesprochen wird und er führt auch Handlungen aus, von denen das Individuum erst nach der Ausführung Kenntnis erhält. Auch der Teufel schreibt „automatisch", genau so wie die Geister, welche die Medien besuchen.

Man wird überhaupt in der spiritistischen Literatur eine Fülle hierhergehöriger Bemerkungen antreffen. (Vgl. Lehmann).

Nun eine Zwischenbemerkung. Es ist mir fraglich, ob es berechtigt ist den Pater Sourin rückhaltlos als Besessenen zu bezeichnen. Dieser beschreibt sein Erleben so, daß er in sich zwei Seelen enthält, von denen die eine eingedrungen ist. In den klassischen Fällen ist es ja so, daß das Individuum von den Gedanken der eingedrungenen Persönlichkeit „oberbewußt" überhaupt nichts weiß. Ich glaube, der Pater bedient sich nur einer bildlichen Ausdrucksweise, um seinen Gewissenskonflikt darzustellen. Jene anderen Besessenen, aus denen der Teufel dem Pater höhnend zuruft: „Arzt heile dich selbst", jene sind echte Besessene; jedenfalls ist es bedenklich, diesen Fall zur Analyse der Besessenheit zu verwenden.

Wir gehen hier nicht näher auf die Fälle von totaler Besessenheit ein, sie zeigen nichts anderes als die Fülle von totalem Somnambulismus. Nur der Inhalt der Ideen ist durch seine religiös-moralische Färbung charakterisiert.

Hatten wir im vorangegangenen die Besessenheit gegenüber den somnambulen Zuständen charakterisiert, so bemühen wir uns jetzt, ihr Verhältnis zu

halluzinatorischen Erlebnissen klarzulegen. Wir pflegen uns nicht, den Kopf zu zerbrechen, wenn wir davon hören, daß bestimmte Personen halluziniert werden, auch dann nicht, wenn die Halluzinationen mehrere Sinnesgebiete zusammentreffen, wenn z. B. der halluzinierte Trompeter in die Trompete bläßt und der Teufel unter dem Geruch von Schwefel erscheint (vgl. hierzu Pick und Specht), deshalb kann ich auch in jener seit Ribot viel zitierten Beobachtung Balls nichts sehen, was für unser engeres Thema von Wichtigkeit wäre. Es ist eine Beobachtung, welche zeigt, daß eine bestimmte Persönlichkeit immer wieder halluziniert werden kann.

Auch die Beobachtungen Staudenmaiers haben zunächst mit dem Persönlichkeitsbewußtsein nichts zu tun. Er beobachtete, daß Gesichtsbilder mit entsprechenden Gehörsvorstellungen in regelmäßige Verbindung traten, so daß die auftretenden Gestalten mit ihm zu sprechen begannen. Es scheint, daß die Beeinflussung des Persönlichkeitsbewußtseins durch diese pseudohalluzinierten Persönlichkeiten (eine fürstliche Persönlichkeit, ein Kind, ein Student) mehr indirekt war. Staudenmaier schreibt: daß ihn ein eigentümliches erhebendes Gefühl beschlich, wenn ihm die innere Stimme mit majestätischer Erhabenheit sagte: „Ich bin der deutsche Kaiser." Die Personifikationen sprechen nämlich „durch innere Stimmen."

Alle diese Beobachtungen sind im Grunde identisch mit der Halluzination irgendeines anderen Gegenstandes, das wesentliche ist nur, daß „gegenständlich" halluziniert resp. pseudohalluziniert wird und nicht auf einzelnen Sinnesgebieten. Die Schwierigkeit in unserem Falle liegt eben darin, daß die halluzinierten Persönlichkeiten sich der Sprachwerkzeuge der Patienten bedienen.

Aber wir wissen aus den Untersuchungen von Pfersdorff, Seglas und Goldstein, daß Denkvorgänge und akustische Halluzinationen von rudimentären Sprachbewegungen begleitet sein können. Man könnte also die so auftretenden Sprachbewegungsimpulse samt den zugehörigen Denkvorgängen gleichfalls als einfache Halluzinationen ansehen, es wäre dann der Besessenheitszustand als ganzes, als einfache Halluzination zu betrachten. Es ist kein strikter Gegenbeweis, daß der Dämon Fragen entgegennimmt und sinngemäß beantwortet. Es ist uns geläufig, daß Patienten mit akustischen Halluzinationen lange Dialoge mit den Stimmen führen. Ist diese Auffassung richtig, so wäre psychologisch der Dämon Nichtich, sowie ein Gegenstand oder eine Persönlichkeit anderer Art. Im wesentlichen wäre es dann das gleiche Problem, daß uns bei der einfachen Halluzination entgegentritt, auch diese stammt, kausal betrachtet, aus dem Individuum, gleichwohl gehört sie deskriptiv im Erlebnis der Außenwelt an.

Ich glaube jedoch nicht, daß Fällen nach der Art des Falles von Janets gegenüber diese Deutung aufrecht erhalten werden kann. Aus dem ganzen Bewußtseinszustand der Hysterie heraus, müssen wir es als fast sicher bezeichnen, daß dem Patienten Janets auch die Bewußtseinserlebnisse des Teufels gegenwärtig sind, er ist wie ein Schauspieler, der sich in seine Rolle so vertieft, daß diese eine partielle Selbständigkeit gewinnt, ohne daß dabei das Bewußtsein des eigenen Ichs schwindet. Es sind latente Einstellungen, welche dieses Erleben bewirken. Janet hat die Entstehung aus Wachträumen verfolgen können.

In unserem Falle liegt jedoch alles anders; man kann den Nachweis, den Janet erbracht hat, nicht führen und es ist, wenn man unsere Protokolle durch-

sieht, in der Tat das Wahrscheinlichste, daß unsere Patientin den Personen, die sie bewohnen, nicht anders gegenübersteht, als anderen fremden Personen, wiewohl sie durch ihren, der Patientin Mund sprechen. Es sind also meines Erachtens in der Tat ausschließlich pathologische Wahrnehmungserlebnisse, welche unsere Patientin hat.

Gerade bei solchen Erlebnissen wird man sich gedrängt sehen nach dem organischen Substrat zu fragen. Der Wechsel von Rede und Gegenrede, wobei noch die einzelnen Teile des Dialogs mit verschiedener Stimmhöhe gesprochen werden, lassen allerdings daran denken, daß diese Mechanismen somatisch irgendwie präformiert sind. Dabei ist bemerkenswert, daß das Optische gar keine Rolle spielt, das ganze Erleben spielt sich (wenn man von den taktilen Halluzinationen absieht) in akustisch-motorischem Bereiche ab. Schließlich muß gesagt werden, diese beträchtliche Verselbständlichung des Halluzinierten ist nur denkbar, bei einer weitgehenden Auflösung zerebraler Mechanismen, die sich psychisch als hochgradige Dissoziation äußert.

Überhaupt können wir der hypothetischen hirnphysiologischen Deutung eine hypothetische psychologische Deutung an die Seite stellen. Es muß gleich gesagt werden, diese Art des Deutens stützt sich nicht, wie die genetische Deutung der Besessenheit im Falle der Hysterie auf descriptiv aufweisbare Bestandstücke, die in einer sinngemäßen Folge aneinandergereiht werden, sondern sie rekonstruiert an der Hand durchsichtigerer Fälle mögliche Zusammenhänge. Wenn wir, nun, ein Beispiel anzuführen, einen halluzinierenden Patienten vor uns haben, so ergibt die deskriptive Analyse nichts anderes, als daß der Patient eine Stimme wahrnimmt. Wenn ich jedoch den Affektzustand des Kranken und den Inhalt der Halluzination kenne, so wird mir deutlich werden, daß sich in der Halluzination die Strebungen des Kranken wiederspiegeln. In unserem Falle müssen wir es für wahrscheinlich halten, daß Mechanismen ähnlich denen, welche wir für die hysterische Besessenheit annahmen, wirksam sind, bei der Hysterie konnten wir sie aber direkt aufweisen. Wir können sagen, latente Einstellungen haben diese Abspaltungen von der übrigen Geistestätigkeit bewirkt. Diese latenten Einstellungen hatten eine so beträchtliche determinierende Wirkung, daß sie ein Sprechen der Patientin hervorrufen, ohne daß diese selbst etwas davon weiß; das Oberbewußtsein gleitet darüber hinweg[1]). So etwa könnte eine Deutung der Erscheinungen versucht werden. Aber nochmals, unseres Erachtens handelt es sich um erschlossene Vorgänge, die man nur vermuten kann. Der deskriptive Tatbestand ist, um es nochmals klar auszudrücken, nichts anders, als daß die Patientin fremde Personen in sich sprechen hört. Daß sie es selber ist, die spricht, ist in ihrem gegenwärtigen Erleben gar nicht enthalten. So bietet denn diese Beobachtung, welche anfangs einer Lehre von der Einheitlichkeit des Ichs beträchtliche Schwierigkeiten zu bereiten schien, einen neuerlichen Beweis dafür, daß das Icherlebnis stets seine Einheitlichkeit bewahrt.

Freilich scheint sich hier die Grenze zwischen realem Subjekt und Objekt zu verwischen, das was jene Fülle der Persönlichkeiten in die Welt unserer Patientin hineinruft ist keine Änderung dieser Welt selbst. Aber vergessen wir

[1]) Es ist ein Problem von großer Schwierigkeit, ob es sich überhaupt um bewußte Vorgänge handelt, deren Spuren sich verwischt haben, oder ob außerbewußte Mechanismen anzunehmen sind. Vgl. hierzu auch die Arbeit von Weidner und mir über symbolähnliche Bildungen in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie, Bd. 26, 1914.

nicht, daß das gleiche weittragende Problem schon durch jede Halluzination gestellt wird — das metaphysische Problem der Wirklichkeit oder Unwirklichkeit der Welt fällt nicht in den Rahmen unserer Untersuchungen.

Im Verlauf unserer Untersuchungen haben wir immer wieder für richtig befunden, das Ich sei eine unteilbare Einheit. Es ist aber zu fragen: Wie konnte überhaupt jene andere, nach uns irrige Auffassung entstehen? Und anderesteils, weshalb bedarf es so mühseliger Erwägungen, um zu einem so einfachen Resultate zu kommen? Diese ganze Problematik ist nur unter dem Gesichtspunkt verständlich, daß der inneren Wahrnehmung ein Vorzugswert in bezug auf die Erkenntnis vor der äußeren überhaupt nicht zukommt. Auch die innere Wahrnehmung unterliegt Täuschungen und Irrtümern.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß wir uns zur Darstellung der inneren Erlebnisse einer Sprache bedienen müssen, welche auf eine Darstellung der Dingwelt gerichtet ist.

Die Worte Bergsons haben eine gewisse Berechtigung:

„Wann denn wäre mein Ich in einem gegebenen Augenblicke eines oder vieles? Erkläre ich es für eines, so stehen sogleich innere Stimmen in mir auf und protestieren — Stimmen der Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen, an die mein Ich sich aufteilt. Mache ich es dagegen ausdrücklich zum Vielfachen, so empört sich mein Bewußtsein ganz ebenso heftig; es erklärt; daß meine Wahrnehmungen, meine Gefühle, meine Gedanken Abstraktionen sind, die ich an mir selber vornehme, und daß jeder meiner Zustände jeden anderen in sich beschließt; so daß ich also — denn wohl oder übel muß ich die Sprache des Verstandes übernehmen, weil nur er Sprache hat — vielfache Einheit und einfache Vielheit wäre. Nur daß Einheit und Vielheit bloße Ansichten sind, die der Verstand, der seine Kategorien über mich stülpt, von meiner Persönlichkeit aufnimmt: in keine von beiden gehe ich hinein, auch in beide zusammen nicht; wenngleich beide verbunden eine annähernde Nachbildung jener wechselseitigen Durchdringung und Kontinuität zu geben vermögen, die ich auf dem Grund meiner selbst finde."

Aber hier ist zu sagen: In jeder dieser Stimmen der Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen fanden wir ein gleiches Ich, in all diesen war es ein und dasselbe, in jedem Momente fanden wir das Erleben einheitlich, auch wenn es sich in tausend Farben brach. Es ist ein Ineinandersein, für das wir kein anderes Wort finden können als Einheit. Es ist dies eine Einheit eigener Art, wir konnten auf sie hinzeigen und trafen sie nun wieder auch in den seltsamsten Verwickelungen des Seelenlebens. Sie schien uns als eine letzte Wesensnotwendigkeit des Erlebens zu sein. Unsere Beschreibungen zeigen, daß eine Einheit im mathematischen Sinne freilich nicht vorliegt. Wir unterschieden verschiedene Modalitäten dieses Erlebens je nach der Tiefe desselben. Wir schieden die Erlebnisse, bildlich gesprochen, je nach der Fülle der aktuellen Tendenzen, die in das Erleben eingingen und fanden den höchsten Persönlichkeitsausdruck in einem Erleben, welches auch die latenten Möglichkeiten der Persönlichkeit zum Ausdruck bringt.

Und hier müssen wir auf ein neuerliches Problem von großer Tragweite verweisen: Wir schieden zwischen einem evidenten Erleben im phänomenologischen Sinn und einem evidenten Erleben im psychologischen Sinn. Wir

beschrieben als den letzten Ausdruck psychologischer Evidenz das volle Persönlichkeitserlebnis. Und hier müssen wir sagen, es reicht dieses Persönlichkeitserlebnis hinaus über die phänomenologische Erkenntnis. Mit anderen Worten, die Intuition Bergsons ist zwar der völlige Ausdruck der Persönlichkeit, aber sie gewährleistet nicht eine wesensmäßige Erkenntnis. Und anderenteils kann ich Wesenseinheiten erschauen, ohne daß ich selbst in diesem Erschauen vollständig enthalten bin. In diesem Gegensatz liegen Probleme von großer Tragweite enthalten.

Die Methodik der Phänomenologie erlaubt auch hier den Versuch eines tieferen Eindringens. Es erschließt sich uns über das Erkennen hinaus eine Wertwelt: die Wertwelt des vollen Erlebens der Persönlichkeit. Hier ist ein Wertmaßstab gegeben, der auch im Bereiche des reinen Denkens Wertstufen unterscheiden läßt, je nach der Fülle des Persönlichkeitserlebnisses, das sich im Denken ausdrückt.

Leipzig, 23. März 1914.

Anhang.

Die Kasuistik der Depersonalisation.

Fall von Billod.

Madame L. Vorgeschichte belanglos, mit 16 Jahren verheiratet, in den 6 folgenden Jahren 6 Geburten, die leicht von statten gingen. In den 7 folgenden Jahren beschäftigte sie die Liebe zu einem anderen, sie litt unter diesem Konflikt. Schließlich wurde ihr das Leben verhaßt und mit 30 Jahren wurde sie durch eine neue Schwangerschaft überrascht. Nach der leichten Geburt fühlte sie sich einige Monate wohl, dann trat eine Ohrenentzündung auf. Im Anschluß an diese, gewalttätiges Handeln gegen sich und ihre Kinder. Sie spricht ihr Geheimnis aus. Sie wird apathisch, ihr Zorn schwindet, sie denkt vernünftig über alle Dinge nach, sie behauptet, keinen eigenen Willen, keine Willenskraft, kein Bewußtsein dessen, was sich ereignet hat, zu haben. Sie fühle auch keine Liebe mehr, gleichwohl erzählt sie, erinnert sich an die kleinsten Details, dessen, was sie erlebt und erlitten hat. Die Kranke hält ihren Zustand für einzigartig, sie wäre weder tot noch lebe sie, die Objekte seien wie in Wolken eingehüllt, die Worte kommen zu ihr wie aus einer anderen Sphäre, aus einer fernen Welt. Sie versichert, keine Sinne zu haben, eine Angabe, der ihr Verhalten strikte widerspricht. Sie sei wie eine lebendig Begrabene, die alles denke und fühle, ohne an dem teilnehmen zu können, was sich ereigne. Am Kopfe empfinde sie ein Gewicht, das sie lähme, drücke und sie habe das Gefühl eines Nagels, der in die Tiefe dringe; das Herz ist wie von eisernen Nägeln zusammengepreßt. Nahrungsaufnahme und Essen sind durchaus genügend, die Bewegungen frei. Gleichwohl behauptet die Kranke, sie wisse nicht mehr, was Essen sei. Sie habe kein Schamgefühl und wenn sie sich trotzdem gesittet halte, so sei das nur mechanisch. Das gleiche behauptet sie von allen übrigen Empfindungen und Gefühlen. Gleichwohl ist sie nicht immer vollkommen apathisch, sondern zeigt zeitweise gegen Mann und Kinder Zuneigung.

Zweifellos handelt es sich bei dieser Patientin um eine klassiche Beobachtung von Depersonalisation. Die Kranke ist wegen des Kopfschmerzes trepaniert worden. Die Beobachtung stammt von Riboli und ist von Billod übernommen worden.

Fälle von Krishaber.

Fall 1. Ein 24jähriger Literat wird dazu verleitet, an der Sitzung einer Gesellschaft teilzunehmen, die revolutionäre Zwecke verfolgt. Er hatte, ohne genau informiert zu sein, bereits früher ein Schriftstück, das seine Zustimmung ausdrückte, unterzeichnet. In einer erregten Debatte fordert er das Schriftstück zurück und erhält es. Beim Weg nach Hause kann er nur mit Mühe gehen, hat Schwindel und Sehstörungen. Er sieht doppelt. Er hatte Ohrensausen und das Gefühl, gewürgt zu werden, vereinigt mit heftigem Herzklopfen. Zu Hause verstärkten sich die Störungen. Er hatte die Empfindung von Müdigkeit und Schmerzen in den Gliedern, die Beine waren wie gelähmt. Am nächsten Morgen konnte er sich vor Schwindel kaum aufrecht erhalten. Er fühlte sich schwach und wie in Stücke

geschlagen. Die Haut war überempfindlich, die eigene Stimme erschien ihm fremd, wie wenn sie nicht zu ihm gehörte. „Ich schien zu träumen und eine andere Person zu sein. Gleichzeitig fühlte ich eine unangenehme Leere im Kopf, ohne Kopfschmerzen zu haben." Es traten auch Magen-Darmstörungen auf. Am Abend kam noch Gefühl der Trunkenheit hinzu. Der geringste Lärm machte ihn zittern, das Licht war unerträglich. Des Nachts Alpträumen. „Von allen diesen war mir das Gefühl zu träumen am unangenehmsten; hundertmal berührte ich die Dinge, die mich umgaben, ich sprach ganz laut, um mich von der Wirklichkeit der Welt und meiner eigenen Person zu überzeugen; dann waren aber die Illusionen noch ausgesprochener; der Klang meiner Stimme war völlig unerträglich und die Berührung der Gegenstände änderte nichts an meinen Eindrücken." Dieser Zustand dauerte etwa zehn Tage, dann verschwand der Schwindel und die anderen Symptome. Es war dann noch längere Zeit der Schlaf schlecht und es traten Kopfschmerzen auf.

An diesem Falle ist vor allem bemerkenswert, daß die Störungen in unmittelbarem Anschluß an ein psychisches Trauma einsetzen. Angaben über Gefühlshemmungen fehlen, ja es kann sogar mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Gefühlsübererregbarkeit geschlossen werden.

Fall 2. Ein 43jähriger Oberst, dessen Vater an Hirnerweichung gestorben war. Im übrigen keine neuropathische Belastung. Schon in seiner Jugend hatte er peinliche Angstträume, die mit kurzdauernden Attacken von „Katalepsie" schlossen. Zu gleicher Zeit glaubte er sich verdoppelt. 12 Jahre vor Beginn der Erkrankung hatte er das Gefühl des Traumhaften und Unbestimmten im Denken. Er bezog das auf Pollutionen. Er war stets mäßig, arbeitete jedoch viel und vertrieb den Schlaf durch Tee und Kaffee. Infolge seines Dienstes war er außerdem körperlichen Ermüdungen ausgesetzt. Hierzu kam, daß er heftigen Kummer erlitt. Eines Tages empfand er plötzlich einen ziehenden Schmerz in der Herzgegend und hatte das Gefühl gewürgt zu werden. Er konnte kaum seine Tränen zurückhalten. Von Stunde zu Stunde wurde ihm schlechter, es war ihm, als wollte ihn etwas einhüllen und sich zwischen ihn und die Außenwelt einschieben. „Es war wie eine Barriere zwischen mir und der Welt." Wenn er sprach, erschien ihm die Stimme seltsam, er erkannte sie nicht und hielt sie nicht für die seine. Er konnte seine Aufmerksamkeit nicht auf das richten, was man ihm sagte. Es stiegen ihm Zweifel an seiner Existenz auf, er glaubte nicht mehr er selbst zu sein. Zeitweise war er sogar sicher, nicht zu existieren. Gleichzeitig hatte er das Bewußtsein der Realität der Außenwelt verloren und fühlte sich, wie in einen tiefen Traum versunken. Nachts traten Alpträume und Herzklopfen auf. Der Schlaf wurde ständig unterbrochen. Drei Tage nach der ersten Attacke eine neue heftigere. Am vierten Tage die dritte. Als er trotzdem ausreiten wollte, war es ihm, als wenn er vor Müdigkeit in Stücke fiele. Seit diesem Tag wurde der Zustand dauernd. Durch zwei Jahre hindurch wich er nicht, er verschwand erst allmählich im Verlauf des dritten Jahres. Er fühlte den Boden nicht, wenn er ging und hatte Furcht zu fallen. Seine Beine schienen ihm nicht zu ihm zu gehören. Zeitweise trat Vernichtungsgefühl auf, außerdem Schwindel und Betäubungsgefühle. Er konnte nicht erkennen, was vor ihm war. Das Vermögen, sich zu orientieren, war ihm verloren gegangen. Auch wenn er nur eine kurze Strecke von seinem Hause entfernt war, gelang es ihm nicht, seinen Weg wieder zu finden. Er konnte den Blick nicht fixieren. Auch trat Doppelsehen auf. Das Doppelsehen war geringer, wenn er nur vor sich hin sah. Es war stärker beim Fixieren. Die Objekte hatten ihren natürlichen Charakter verloren. „Die Fremdartigkeit alles dessen, was ich sah, war derartig, daß ich mich auf einen anderen Planeten versetzt glaubte." Er war ständig erstaunt und es schien ihm, als sei er zum erstenmal auf der Welt. Er war nicht mehr der gleiche, wie früher, er hatte sein Selbstbewußtsein verloren, manchmal war es ihm, als existierte er nicht. Zwischen seinen Sehstörungen und dem Zweifel an seiner Existenz bestand ein inniger Zusammenhang. Zeitweise fürchtete er, man könne ihn für verrückt halten oder er könne es werden. Daneben noch das Gefühl der Trunkenheit, der Angst und des Würgens. Dieses verfolgt ihn sogar im Traum. Die Träume sind überhaupt ängstlich und schreckhaft. Auch unter Tags überkam es ihn, wie Alpdrücken. Ohrensausen bestand seit dem Beginn der Erkrankung. Manchmal hörte er eigenartige Geräusche im Kopf. Den Geschmack und den Geruch der Speisen erkannte er nicht. Er unterschied beim Berühren die Objekte nicht, wenn er die Augen geschlossen hielt. Er konnte in den ersten Monaten seinen Geist nicht auf bestimmte Gegenstände richten, konnte weder lesen noch schreiben. Später trat eine intellektuelle Übererregung auf. „In diesem Zustand

schrieb ich Journalartikel, welche für besser gehalten wurden als diejenigen, die ich vor meiner Erkrankung geschrieben hatte und trotzdem war ich schrecklich benommen und fühlte mich schwer gestört, als ich sie niederschrieb." „Ich mißtraute mir völlig, ich glaubte, nichts zu wissen, und als ich erfuhr, daß meine Artikel geschätzt wurden, war ich darüber sehr erstaunt[1])." Seine Niedergeschlagenheit war so, daß er sich von der ganzen Welt isolieren wollte. Er glaubte sich verachtet von allen. Er verwechselte Tatsachen häufig mit den Erinnerungen seiner Träume bei Dingen, die ihn sehr innig betrafen. Aber er bewahrte das exakteste und treueste Gedächtnis für alles das, was seine Krankheit anbetraf. Wollte er sich abends an die Ereignisse des Tages erinnern, so schien es ihm, als ob sich nichts ereignet hätte. Häufig traten unfreiwillige Ideenverbindungen und Erinnerungen auf. Wenn er diese sah oder jemanden sprechen hörte, fühlte er sich unwillkürlich in die Vergangenheit versetzt. Es waren dann seine Erinnerungen sehr lebhaft. Er hielt sein Gedächtnis wie seine übrigen Fähigkeiten bald für gehemmt und vernichtet, bald für übererregt, ja sogar für gesteigert. Das Orientierungsvermögen war fast vollständig verloren. „Ich betrachtete, ohne zu sehen, alles rollte sich vor mir ab, ohne meine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen." Seine Freunde, seine Familie wurden ihm gleichgültig, nur mit Anstrengung konnte er sich mit seinen kranken Kindern beschäftigen. Er war außerordentlich reizbar. Er hatte heftige unmotivierte Abneigungen gegen bestimmte Personen. Er konnte nichts mit Ruhe beurteilen. Er verspürte Antriebe, unpassende Worte auszusprechen. Nur mit Mühe konnte er unwillkürliche Bewegungen unterdrücken. Wenn er nicht erregt war, war er vollkommen indifferent. Abends war er meist erregt. Und dann fühlte er seine Fähigkeiten wirklich verdoppelt (S. 81). Vorübergehend traten Störungen der Aussprache auf. „Ich dachte ständig an meine Krankheit und ich glaube, daß während der ganzen Dauer meiner Krankheit keine Minute verstrichen ist, in der mein Geist sich nicht mit ihr beschäftigte." Außerhalb der Exaltation war er willenlos, energielos und ohne Initiative. „Aber wenn es sich um meine Gesundheit handelte, fand ich meine Energie wieder." Die Empfindung, nicht zu sein, war so ausgesprochen, daß er sich scheute, irgendwo sein Bildnis zu sehen. Er war verzweifelt. Er konnte sich nicht geregelt betätigen. Er begann, ließ aber das Begonnene bald wieder im Stiche. Außerdem bestanden eine Reihe von körperlichen Beschwerden. Er hatte Benommenheitsgefühle, war empfindlich gegen die Witterung, hatte Verdauungsstörungen. Der Schlaf blieb schlecht. Unter dem Einfluß der Behandlung wurde er gebessert und zwei Jahre nach dem Beginn der Erkrankung gab er an, allmählich wieder eine genaue Kenntnis von der Außenwelt zu haben.

Ich habe diesen berühmten Fall eingehender wiedergegeben, weil er in seltener Vollständigkeit das gesamte Krankheitsbild wiedergibt. Klinisch ist er wohl als Psychasthenie zu deuten, wobei noch besonders vermerkt sei, daß mehrere kurze Attacken dem eigentlichen Beginn der Erkrankung vorausgingen. Bemerkenswert ist auch, daß der ausgezeichnete Beobachter nur konstatiert, daß ein Parallelismus zwischen den Sinnesstörungen und den Depersonalisationserscheinungen besteht, während von den Gefühlen nichts Entsprechendes vermerkt ist. Im übrigen verweise ich auf den Haupttext.

Fall 3. Der 34jährige Gärtner hatte schon als Kind Konvulsionen, Herzklopfen und Angstträume. Mit 30 Jahren nervöse Erscheinungen. Im Anschluß an Aufregungen (Vermögensverlust) plötzlich Schwindel, Ohrensausen, Herzklopfen und Bewußtseinsverlust. Zu sich gekommen fühlt er sich wie trunken und hat ein Gefühl des Würgens. In den nächsten Monaten besteht der Zustand mit geringen Schwankungen fort. Die ersten Wochen konnte er sich kaum im Bett aufrichten. Außerdem bestand Schlaflosigkeit. Die Beine waren wie gelähmt. Nach elf Monaten: „Ich bin immer außerordentlich traurig, ich habe ständig Furcht, die ich schwer erklären kann. . . . . Häufig scheint es mir, daß ich nicht dieser Welt angehöre. Meine Stimme erscheint mir fremd und wenn ich meine Mitpatienten sehe, sage ich mir, „Das sind Traumgestalten." Häufig weiß ich wirklich nicht, ob ich träume oder wache. Ich glaube, daß ich nicht ich selbst bin." Orientierungsstörungen seien ausgeprägt gewesen auf der Höhe der Erkrankung. Seine Beine schienen nicht zu ihm zu gehören.

[1]) Um Mißverständnisse zu vermeiden: Diese Erscheinungen sind S. 81 nicht gemeint.

Lesen und Schreiben konnte er lange Zeit nicht. Er ist reizbar, hat grundlose Zorn- und Weinausbrüche. Bisweilen hat er Fieberschauer. Lärm und Licht stören ihn.

Auch hier handelt es sich im wesentlichen um eine typische Beobachtung.

Fall 6. Der aus gesunder Familie stammende zur Zeit der Untersuchung 24jährige Ingenieur hatte als Kind gleichfalls häufig Angstträume. Mit 16 Jahren häufige Pollutionen. Seit 6 Jahren hat er Anfälle von Benommenheit und Schwindel. Wenn sie sehr heftig sind, versteht er nicht, was er hört und sieht. Die Menschen erscheinen ihm wie Figuren eines Traumes. Er kann sich nicht Rechenschaft geben, wo er ist. Die Erscheinungen treten mehrmals am Tage auf. Lärm wirkt verschlechternd. Zeitweise ist er erregt, geschwätzig und wie betrunken. Häufig auch Ohrengeräusche. Er sieht die Objekte, die ihm nah sind, doppelt. Manchmal kostet ihm das Schreiben Mühe. Die Objekte scheinen ihm Form und Ausdehnung zu ändern. Bisweilen geht er gegen seinen Willen in bestimmter Richtung. Er spricht Worte aus, die seine Gedanken nicht ausdrücken. Er leidet an Schlaflosigkeit, Alpdrücken, Herzklopfen. Meistens ist er traurig. Er hat Antipathien und unbegründete Zornausbrüche. Eltern und Freunde sind ihm gleichgültig. „Eine der seltsamsten Ideen, die sich meinem Geiste wider Willen aufdringt ist die, doppelt zu sein. Ich fühle ein Ich, das denkt und eines das ausführt. Ich verliere dann das Gefühl der Realität der Welt, ich fühle mich in einen tiefen Traum versenkt und weiß nicht, ob ich das Ich bin, das denkt oder das Ich, das ausführt. Alle Anstrengungen des Willens haben keine Macht über diesen bizarren Zustand, der sich meinem Geiste aufdrängt." Er hat auch Zwangsantriebe. Er weiß auch häufig nur mit großer Anstrengung das, was tagsüber sich ereignet hat. Die Erinnerungen an die Kindheit sind gut.

Fall 15. Die 36jährige Frau stammt aus gesunder Familie, früher nicht nervenkrank. Seit ihrem 25. Lebensjahr hat sie Attacken von Katalepsie. Keine hysterischen Symptome. Sie leidet an Neuralgien, Muskel- und Gelenkschmerzen, auch Herzklopfen. Zeitweise leichte Schwindelanfälle, Gefühl der Trunkenheit, unangenehme Träume und Herzklopfen. Sie erkennt nicht den Klang ihrer Stimme, sie scheint nicht sie selbst zu sein, die spricht, sie ist wie ein Automat. Doch dauert dieser Zustand im ganzen nur etwa acht Tage.

Fall 20. Ein 48jähriger Ingenieur, welcher die gleichen körperlichen Klagen äußert wie die vorangehenden Patienten (insbesonders sei erwähnt Doppelsehen und Hyperästhesie des Gehörs). Es schien ihm, daß er verändert sei, wußte aber, daß dies nicht der Fall war.

Fall 21. Ein Maler, 35 Jahre alt, nicht hereditär belastet, der gleichfalls die bekannten körperlichen Beschwerden hat. Er ist willenlos, kommt sich wie ein Automat vor, ist wie außerhalb seiner selbst.

Fall 22. Frau mit ausgesprochener Hyperästhesie, die zwei Jahre dauerte. Als sie das Licht wieder ertrug, sah sie doppelt und schlecht. Sie gibt an, sich nicht erkannt zu haben und eine andere Person geworden zu sein. Außer den genannten Beschwerden waren jedoch auch Kontrakturen an allen Gliedern vorhanden. Im übrigen bestanden wieder Klagen über Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Würgen, Gelenkschmerzen. Die Kontrakturen machen es fast sicher, daß es sich um eine Hysterie handelt, auch ist der Symptomenkomplex der Depersonalisation nur angedeutet vorhanden.

Fall 38. Ein Patient, der aus einer Familie stammt, in der Nervenkrankheiten häufig sind. In der Kindheit Alpträume. Mit 17 Jahren intermittierendes Fieber mit Kopfschmerzen und „Delir". Mit 33 Jahren im Anschluß an intellektuelle Anstrengung Ohrensausen, Lichter vor den Augen, Schwindel, Herzklopfen, Präkordialangst. Er konnte schlecht gehen, wurde schlaflos; wenn er schlief, Angstträume mit Herzklopfen. Seine eigene Stimme erschien ihm fremd, ebenso die der anderen. Er war überempfindlich gegen sämtliche Sinnesreize. Er glaubte ständig die Besinnung zu verlieren. Jede Beschäftigung wurde unmöglich, er konnte nicht gehen. Nach geringer Besserung wurde die Niedergeschlagenheit dauernd. Er hatte das Gefühl des Traumhaften und Leeren. Nur mit Mühe konnte er die Erscheinungen des Traumes von denen der Realität trennen. Zeitweise verlor er sogar die Kenntnis seiner eigenen Existenz. Es schien ihm, er habe sich völlig verändert und sei ein anderer geworden. Gleichwohl wußte er, daß seine Intelligenz intakt war. Er sah die Gegenstände, wie durch Konkavgläser oder wie durch warme Luft, die in Bewegung ist. Er wußte nicht, woher die Klänge kamen, auch seine eigene Stimme schien ihm aus der Ferne zu kommen. Er war ständig erstaunt. Kopf und Körper schienen ihm bisweilen nicht zusammen zu hängen, ebenso war es mit Beinen und dem Körper. Gleichwohl erkannte er die Form der Objekte

durch den Tastsinn. Das Gedächtnis war nicht gestört, nur fiel die Unterscheidung zwischen Traum und Wirklichkeit schwer. Es bestand Benommenheit und Ohrensausen. Das Gedächtnis für Örtlichkeiten war stark geschwächt, er war gezwungen lange nachzudenken, um Gegenden, die er oft besuchte, wieder zu erkennen, alles erschien ihm fremd und ungewohnt. Vier Monate nach Beginn der Erkrankung wurden die anginösen Beschwerden außerordentlich heftig. Im übrigen Krankheitsverlauf dominierten die körperlichen Beschwerden.

In diesem Falle handelt es sich wieder um eine typische Beobachtung.

Ein von Taine mitgeteilter Fall Krishabers ist folgender:

Am 25. November 1869 fühlte ich zum ersten Male Blutandrang zum Kopfe; ich bekam Ohrensausen und mein Verstand umdüsterte sich.

Vierzehn Tage zuvor hatte ich schwach ausgeprägte Störungen des Gesichtsinnes, d. h. alle Gegenstände kamen mir verändert vor. Dabei hatte ich eine Überempfindlichkeit des Auges. Nach dem Blutandrange zum Kopfe kam Ohrensausen und mein Verstand umdüsterte sich. Ich hielt eine Zeitung in der Hand, verstand aber nicht, was darin geschrieben war. Als ich mich erhoben hatte, taumelte ich und alles drehte sich im Kreise um mich her. Lichter flimmerten vor meinen Augen. Ich blickte in den Spiegel, das Gesicht war aber nicht verzerrt. Ich glaubte, vergiftet zu sein und schrieb deshalb rasch meine Beobachtungen auf ein Stück Papier. Dabei widerstrebte es mir, jemand zu Hilfe zu rufen, weil es mir vorkam, daß sich hier nichts tun läßt. Es schien mir, als würde mich irgend etwas von der Außenwelt isolieren; gleichzeitig bildete sich eine Art gedämpfter Atmosphäre um mich her, wiewohl ich gut wußte, daß heller Tag ist. Diese Dämpfung der Atmosphäre fühlte ich auch in den Hauptempfindungen; eine Art Isolierschichte trennte mich von der Außenwelt, es kam mir vor, als sei ich aus dieser Welt in unendliche Ferne hinweggetragen worden, und deshalb sagte ich immer wieder: „Ich bin in weiter, weiter Ferne." Dabei aber habe ich aber gesehen, daß ich nicht weit bin. Ich wußte mich mit aller Genauigkeit zu entsinnen, was vorgefallen war; aber zwischen dem Augenblick, der dem Anfalle voranging und jenem, der dem Anfalle folgte, war ein unermeßlicher Zeitintervall und eine Entfernung, wie jene der Erde von der Sonne. Seit dem Anfalle konnte ich mich nicht beobachten und analysieren.

Später verkleinerten sich mir Menschen und Gegenstände und rückten vor mir ins Unendliche, in unermeßliche Fernen zurück. Mit Grauen blickte ich um mich, die Welt wich überall vor mir zurück. Es kostete mich eine ungeheure Mühe, mir zum Bewußtsein zu bringen, daß ich in meiner Gasse bin, daß ich gehe, daß ich mit dem Kutscher spreche. Ich wunderte mich, vom Kutscher verstanden zu werden, denn meine Stimme schien mir aus unendlichen Fernen zu kommen und war unähnlich meiner eigenen Stimme. Ich stampfte mit dem Fuße auf den Fußboden, und so überzeugte ich mich von seiner Festigkeit, die mir nur scheinbar vorkam, weil mein Körpergewicht fast gänzlich verschwunden ist. Ich fühlte Müdigkeit, aber ich fühlte, daß ich kein Körpergewicht hatte. Gegenstände schienen mir in großer Ferne und flach zu sein. Sprach ich mit jemand, so erschien mir der Betreffende wie ein ausgeschnittenes Bild, ohne Relief. Meine Ohren waren wie verstopft, ich wunderte mich, daß ich hörte, ja ich hörte sogar sehr gut und habe an Überempfindlichkeit des Gehöres gelitten.

Außer einer leichten Überempfindlichkeit des Geruchsinnes blieben der Geschmack, das Gehör ohne Störung. Ich habe immerwährend den Eindruck gehabt, daß meine Hände und Füße nicht zu mir gehörten und daß mein Kopf nicht existiert. Es kam mir vor, daß ich aus unbekannten Antrieben, automatisch handle. Oft frug ich, was ich tue. An meinen Bewegungen, Gesprächen und Verrichtungen war ich bloß als gleichgültiger Zuschauer beteiligt.

Es wohnte in mir ein neues Wesen, und mein zweiter Teil, das ehemalige Wesen nahm keinen Anteil an dem neuen. Oft habe ich mir gesagt, daß mir die Schmerzen dieses neuen Wesens gleichgültig seien. Ich wußte gut um diesen Trug, aber es verdroß mich, immerwährend diese neuen Eindrücke zu verbessern, und ich gab mich dem unglückseligen Leben des neuen Wesens hin. Es war mein glühender Wunsch, meine ehemalige Welt wiederzusehen und mein früheres Ich zurückzugewinnen. Diese Sehnsucht hat mich vor dem Selbstmord bewahrt.

Ich war gegen eine andere umgetauscht, und ich haßte diese Umgetauschte, die meine Ähnlichkeit, meine Funktionen übernommen hatte. Ich betastete meinen Kopf, meine Glieder, ich fühlte sie, und dennoch kostete es mich eine große Geistes- und Willensanstrengung, an das Vorhandensein dessen, was ich betastete (richtiger: was ich vermöge des Tastsinnes erkannt habe) zu glauben.

Es fiel mir entsetzlich schwer, nach Devon, einer mir bekannten Gegend, zu gehen. Ohne Begleitung meines Freundes wäre mir dies nicht möglich gewesen, obwohl bei meiner Überempfindlichkeit des Gehörs das geräuschvolle Paris für mich eine Marter war. Später einmal in Genf hielt ich mich erschreckt an der Hand meines Freundes fest und wähnte mich verloren, wenn mich mein Freund nicht gestützt hätte, weil ich in neuer Umgebung auf mich selbst angewiesen, einem neugeborenen Kinde gleich, nichts zu unterscheiden wußte und außerstande war, Belehrung aus den verkehrten Eindrücken zu schöpfen. Es war mir unmöglich, zu ergründen und zu erfahren, was ich hätte beginnen sollen.

Erst später, als ich die neuen Eindrücke zu verarbeiten gelernt habe, verlor die Einsamkeit und die fremde Gegend etwas von ihrer Grauenhaftigkeit für mich, ich vermochte mich, wenn auch mit Schwierigkeiten, zu beherrschen; ich fühlte, daß ich existiere, aber als eine andere Person, wobei ich für keinen Augenblick vergessen habe, daß dieser Gedanke eine Täuschung war. Es war mir im wahren Sinne des Wortes zumute, als ob ich es nicht selbst wäre. Auch meine Bekannten aus dem Krankenhause kamen mir wie Traumgestalten vor.

Fall von Ball.

Der Patient war in einer Bank beschäftigt. Plötzlich sah er in seinem Bureau eine fremdartige Veränderung im Aussehen der Objekte. Sie hatten kein Relief und hatten keine Realitätscharakter mehr, obwohl alles dieselben Formen und Farben behielt. 5 Jahre später fühlte er sich verschwinden, es blieb nichts übrig als der leere Körper. „Seit dieser Zeit ist meine Persönlichkeit verschwunden und trotz allem, was ich tue, um mein entschwundenes Ich wieder zu erlangen, kann ich es nicht." Alles wurde immer fremdartiger um ihn herum. Er weiß nicht, was er ist und er kann sich auch von der Realität keine Rechenschaft geben. „Was sind alle diese Sachen, die so beschaffen sind, wie ich?" Er existiere außerhalb des wirklichen Lebens. Alles bei ihm sei mechanisch und geschehe unbewußt. Er antworte richtig, seine Arbeit gehe gut und fehlerlos von statten und doch sage er sich ununterbrochen ganz vergeblich, er sei bei der Arbeit, tue dies und das und könne sich keine Rechenschaft geben, daß es wahr sei. Seit 2 Jahren sei er wie tot. Dieser Geisteszustand sei fürchterlich, er sei unfähig, sich irgendwie des Lebens zu freuen. An das was er sicht, glaubt er nicht und wenn er die Hand ausstreckt, einen Gegentand zu berühren, so ist er überzeugt, daß er nur ein Phantom findet. Die Welt ist ihm eine gigantische Halluzination.

Über die Zugehörigkeit des Falles zu der Gruppe der Krishaberschen Fälle kann kein Zweifel sein. Vermerkt sei der plötzliche Beginn und die lange Dauer.

Fall von Dugas.

Im August 1903 machte M. eine Reise nach England. Einige Monate nach seiner Rückkehr konnte er nicht mehr an seine Reise glauben, er glaubte daran wie an eine Sache, die nicht ihm zugestoßen war. Das nächste Jahr nach einer Reise nach England, aber nach kürzerem Intervall, die gleiche Erscheinung. Im August 1895 war er in Deutschland. Daselbst begann er nach einigen Wochen an Frankreich und an seiner Existenz daselbst zu zweifeln. Nach Frankreich zurückgekehrt zweifelt er sofort an seiner Reise nach Deutschland. 1896 unmittelbar nach der Ankunft in Deutschland scheint Frankreich für ihn nicht mehr zu existieren. Nach Frankreich zurückgekehrt, das gleiche in bezug auf Deutschland. Von diesem Moment an Verschlechterung der Krise, die schließlich zu einer voll ausgebildeten Depersonalisation wird. Das Leben verliert für ihn jede Bedeutung. Er ist indifferent und apathisch geworden. Die Wahrnehmung ist eine detailliertere geworden. Er sieht vom Walde jeden einzelnen Baum, Form und Färbung jedes einzelnen Blattes. Ebenso geht es beim Betrachten der Bücher einer Bibliothek. Wenn er spricht, ist seine Stimme verändert. Sie erscheint ihm akzentuierter und lauter. Die Apathie ist so groß, daß er in seinen

heiligsten Gefühlen abgestumpft war. Er war nie unglücklich, nur in der Reflexion. M. soll stets ein sehr schlechtes Vorstellungsvermögen gehabt haben.

Auch diesen Fall halte ich für eine Psychasthenie. Dugas notiert noch, daß zu Beginn Zwangserscheinungen vorhanden waren.

D. erwähnt noch kurz einen zweiten Fall. Die Patientin sah sich handeln und sprechen, wunderte sich über ihre Worte, während ihr eigenes Ich einen ganz anderen Gedankengang verfolgte. Sie entgeht diesem Zustand dadurch, daß sie sich in die Vergangenheit versenkt. Die Depersonalisation erstreckt sich nur auf die Gegenwart.

Ein neuer Fall von Dugas bietet an sich wenig Interessantes. Bemerkenswert ist nur, daß Dugas sich doch durch ihn genötigt sieht, die Ansicht aufzugeben, die Depersonalisation sei ein Zustand, der nicht unangenehm sei.

Fälle von Böttiger.

Fall 1. 49jährige Frau (1899). Erblich belastet (Migräne, Nervosität und ein Fall von Geistesstörung unter den Blutsverwandten). 1868 erwacht sie eines Morgens mit Empfindungen, welche auch jetzt ihre Krankheit ausmachen. Sie kam sich zunächst selbst komisch vor, schließlich stellt sich intensives Krankheitsbewußtsein und Depression ein. Sie ist während der Untersuchung deprimiert, weint, glaubt nicht wieder gesund zu werden. Sie ginge wie ein Geist oder wie im Traum umher, fühle sich wie tot. Sie kann geistig nicht sehen und hören, wiewohl sie große Lust zu allem hat. Es ist, wie wenn sie etwas Festes im Kopf hat. Sie kann geistig weder vor noch rückwärts sehen. Sie muß, ohne daß sie will, über das Erlebte nachdenken. Sie glaubt an eine örtliche Störung im Gehirn. Sie faßt sich oft selbst an und fragt ob sie wirklich lebt. Sie kommt sich wie eine aufgezogene Maschine, bei der sich alle Bewegungen und Tätigkeiten automatisch vollziehen, vor. Wie eine Figur aus dem Panoptikum. Wenn sie etwas erlebt, was ihr eigentlich Freude machen sollte, so lacht sie wohl einmal mit anderen mit, aber sie lacht nur mit Gesicht und Mund. Die Stimmen der mit ihr Sprechenden hört sie aus weiter Ferne, das Ohrenklingen ist tiefer und dumpfer geworden. Sie klagt, ihre Erinnerungsbilder seien nebelhaft, undeutlich, matt und farblos. Das Denken scheint ihr anders, unvollkommener und unbewußter vor sich zu gehen. Auch von ihren Gemütsbewegungen empfindet sie, daß dieselben blaß und farblos sich abspielen, keine tiefe Freude, kein schweres Leidgefühl, kein unendliches Mitleid und Mitgefühl bemerkt sie mehr bei sich. Natürlich ist sie darüber sehr unglücklich. Die körperliche Untersuchung ist im wesentlichen negativ. . . . . Es ist bemerkenswert, daß die Patientin sehr intensives Krankheitsgefühl hat, das sie von einem Arzt zum anderen wandern läßt.

Pick hat meines Erachtens die Zugehörigkeit dieser Beobachtung zu den Fällen Krishabers mit Unrecht angezweifelt. Zum Beweis dafür habe ich die Krankengeschichte, die auch sonst manches Bemerkenswerte enthält, ausführlicher wiedergegeben.

Fall 2. 40 Jahre. Keine Heredität. 20 Jahre vor der Konsultation spürte er eine eigenartige Umwandlung mit sich vorgehen. „Das ganze Leben, die Umgebung, was ich sah, hörte und tat, bekam alles einen bisher unbekannten Reiz für mich. Ich begann mich für alles lebhaft zu interessieren, mich erhaben zu fühlen." Nach 8—14 Tagen bekam er unerträgliche dumpfe Angst. Seine ganze Umgebung kam ihm angstvoll vor. Alles war sehr merkwürdig, unbegreiflich, wie wenn andere Menschen ebenso sehr litten, aber noch vergnügt dabei seien. Er tat alles „so mechanisch" als wenn es ein anderer durch ihn tat. Der Zustand blieb 20 Jahre bestehen. Er hatte das Gefühl, daß sich sein Zustand nie ändern würde, selbst nach dem Tode nicht. Er hatte keine wirkliche Lust und Freude am Leben. Seit einem Jahr kommen abwechselnd Zeiten, in denen alles wieder natürlicher und selbstverständlicher vorkommt. „Ich habe Augenblicke, wo mir die Natur nicht mehr so ängstlich und angstvoll vorkommt, sondern sogar sehr schön und neu, als wenn ich so etwas noch nie gesehen hätte. Es ist dann so, als wenn ich sonst alles wie im Bilde gesehen habe und jetzt dasselbe Bild durch ein Stereoskop betrachte." Wenn er krank sei, sei er innerlich wie tot gewesen und deshalb sei ihm auch, das was außer ihm vorging, tot, wie im Schlafe

vorgekommen. Wenn er recht tüchtig zu tun hat, kommt ihm sein krankhafter Zustand nicht so sehr zum Bewußtsein. Sein krankhafter Zustand macht ihn gleichgültig gegen alles Schöne und Gute. Wenn er sich dagegen freier fühlt, gewinnt das Unscheinbarste großes Interesse für ihn. Er findet dann die Welt unbeschreiblich überwältigend schön. Übergießen mit kaltem Wasser merkte er nicht recht. Während einer mehrmonatlichen Beobachtung wechselte der Zustand am gleichen Tage häufig, ein eigentlicher Fortschritt war nicht zu beobachten.

Fall 3. 38jährige Frau. Hereditär nicht belastet. Im Anschluß an ein „Nervenfieber" mit 16—17 Jahren zum erstenmal der hier zu beschreibende Zustand. Drei gesunde Kinder. Seit jener Erkrankung ohne besondere Veranlassung, anfangs seltener, jetzt alle 1—2 Jahre, allmählich beginnende Zustände die mehrere Monate anhalten und sich allmählich wieder verlieren. Sie fühlt sich dann vollständig verändert wie im Traume, ihr Handeln ist wie maschinenmäßig. Empfindungen und Wahrnehmungen undeutlich, die Gegenstände wie in weiter Ferne, ihr Fühlen und Denken ist oberflächlich und traumhaft, sie schrickt nicht mehr zusammen, die selbst gekochten Speisen schmecken schwach und fade. Klagt über Gedächtnisschwäche und über Zweifel, der sich zwangsartig aufdrängt. Sie ist deprimiert, weint viel, hat Angst. Fühlt sich krank. Es geht ihr am besten, wenn sie sich durch Arbeit ablenkt. Dumpfes, wirres Gefühl im Kopf. Besonders sei hier auf die Periodizität verwiesen, die uns ja auch bei einer Reihe anderer Kranken noch beschäftigen wird.

Fall 4. 21jährig. Klagt über eine Reihe von neurasthenischen Beschwerden. Die Empfindung, als ob er tot herumliefe. Unfähigkeit sich klar zu machen, was er sieht. Die Welt ist dunkel und verschleiert. Er hört die Stimmen dumpfer, undeutlicher und tauber. Erlebnisse erscheinen wie im Nebel. Er ist selbst wie im Traum. Fühlt, daß er nicht wieder gesund werden kann. Auch diese Erkrankung reiht sich wohl zwangslos den Krishaberschen Fällen an.

Fall von Wernicke.

50jährige, die im Anschluß an Anstrengung mit 35 Jahren unter heftigem Angstgefühl erwacht. Sie fühlt sich schwindlich, hat das Gefühl, als wenn ihr der Verstand schwinde und als ob ihr Kopf mit Filz überzogen wäre. Sie mußte sich den Spiegel vorhalten, um sich ihrer eigenen Identität zu versichern. Heftige Angst. Es bildet sich ein stabiler Zustand heraus, der mehrere Jahre anhält. Sie steht fortwährend in dem Bann des geistigen Unvermögens, ihr geistiges und leibliches Wesen zu erfassen. Die Bemühungen verursachen ihr unaufhörliche Qual. Sie ist sich ihrer selbst nicht bewußt, muß sich vorsagen, wer sie ist. Es ist ihr als ob ein anderer ihr fremder Mensch ihre Vergangenheit erlebt habe. Ihre Sprache ist ihr fremd als ob ein anderer Mensch aus ihr spräche. Altbekanntes erschien ihr fremd und sonderbar. Eine Zeitlang kam sie sich identisch mit ihrer Schwester vor. Fremde, neue Menschen sind ihr nicht so unheimlich und können sie zeitweilig aus sich herausbringen. Sie wandert oft im Zustand völligen Unbewußtseins herum. Sie mußte immer angelehnt sitzen, weil sie den Rücken nicht frei haben konnte, ohne zu der Frage veranlaßt zu werden, ob derselbe zu ihr gehöre. Sie sei empfindlich und reizbar. Es ist ihr immer zu Mute, als sei sie aus mehreren Menschen zusammengesetzt, von denen keiner der rechte, Ich selbst sei. Am besten sei es, wenn sie so viel wie möglich das Suchen nach sich selbst unterdrücke. Sie klagt über eine Reihe von Beschwerden, die das Gefühl eines Zwanges hervorbringen. Nach 4 Jahren fühlt sich die Patientin fast gesund, doch trat im Anschluß an das Klimakterium nach 4 Jahren ein neuerlicher Rückfall ein, der nach 3 Jahren noch nicht vollständig überwunden ist.

Mit Rücksicht darauf, daß vor der Erkrankung leichte hysterische Erscheinungen, Druck im Kopf, Weinanfälle, große Abspannung vorhanden waren, teilt Wernicke den Fall den hysterischen Psychosen zu. Doch vermerkt er ausdrücklich, daß eigentliche hysterische Stigmata fehlten.

Fall von Séglas.

Es tritt plötzliches Unwohlsein auf, die Augen sind geblendet, jedes Wort kommt wie ein fernes Echo, der Kopf verklärt sich, peinvolle Angst, der Patient sieht sich handeln und leiden, er macht alle Anstrengungen zu sich zu kommen.

Am nächsten Abend ausgesprochene Pseudohalluzinationen (oder Halluzinationen?) erotischen Inhalts. Am Morgen sind zwei Personen in ihm, eine die erlebt, und eine andere, die beobachtet. Er weiß nicht, welche leidet, von Zeit zu Zeit vermengen sie sich oder sie streiten miteinander. Tagsüber arbeitet er, handelt wie ein Automat, der Kopf wird leerer, die Gedanken jagen sich. Hände, Arme und Füße bewegen sich wie die eines anderen. Zwei Tage später hat die Spaltung zugenommen. Die Ideen wirbeln in seinem Geiste, der sie nicht fassen kann (gleichwohl verfaßt er eine psychologisch sehr klare Selbstschilderung). Er hat kein Bewußtsein seiner selbst. Auch am folgenden Tag zwei Personen, eine, die spricht, handelt, geht, eine andere, die beobachtet, aber leidet. Sie bekämpfen sich, er ist bald fröhlich, bald verdrossen. Gleichzeitig halluzinatorische Wahrnehmungen des Gesichts- und Gehörsinnes.

Mir steht nur der Auszug von Oesterreich zu Gebote, der nichts über das Klinische enthält. Wie so viele andere macht auch diese Selbstschilderung einen leicht manirierten Eindruck. Es ist im übrigen einer jener Fälle, die keinerlei Gefühlsstörungen zeigen. Oesterreich spricht deshalb von einer Herabsetzung der Aktivitätsgefühle. Eine Auffassung, die ich im Haupttext bekämpft habe.

Fälle von Janet und Raymond.

Bei., 18 Jahre alt. Der Vater Trinker. Die Erkrankung im Anschluß an aufregende Lektüre, die auf ihren Zustand zu passen schien (heimliche Verlobung). Sie fühlt sich im Anschluß daran plötzlich verändert, fühlt sich sonderbar. Körperlich fühlt sie nur leichtes Unbehagen im Hinterkopf. Hörte und sah gut, konnte sich leicht bewegen, trotzdem suchte sie sich selbst, da sie glaubte, nicht mehr die gleiche zu sein und den Eindruck hatte, daß die Umgebung nichts mit ihr zu tun hätte. Seither wiederholt sie immer, daß nicht sie es sei, die spreche, esse und arbeite. Es fehle ihr etwas. Sie erscheint affektiv, stark erregt. Ist sehr ängstlich, hat Furcht vor allen Messern. Zugleich ist sie suggestibel. Sie beklagt sich, von der Zeit nichts zu wissen. Auffallenderweise ergab die sehr genaue Prüfung der Sinnesorgane vollkommen objektive Verhältnisse, wiewohl die Kranke klagte, sie sehe, höre und fühle nichts. Die positiven Auskünfte erhält man dann, wenn die Kranke nicht mit sich selbstbeschäftigt ist. Die Störungen kehren wieder, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst richtet. Sie behauptet dann nicht lesen zu können und einen Nebel vor den Augen zu haben. Ein ähnliches Verhalten findet sich bei der Prüfung des Gedächtnisses. Nach zwei Jahren ist sie nicht vollkommen geheilt, sie zweifelt (zwangsmäßig) an ihren Erinnerungen. (Fall 18.)

Das Bemerkenswerte an diesem Fall ist, daß die Patientin sehr heftige Gefühlserregungen zeigt. Diagnose: Psychasthenie.

Ver., 20 Jahre alt. Eltern nervös. Als Kind bald eigensinnig, bald wieder willenlos. Als er von seinem Lehrherrn bedroht wurde, stellte sich Herzklopfen ein und es ging im Kopf etwas Sonderbares vor, das er nicht erklären konnte. Drei Wochen später hörte er hinter sich rufen haltet ihn, haltet ihn. Er bezog das auf sich und spürte im Kopf das gleiche Gefühl wie vorher. Seit diesem Moment fühlte er sich vollkommen verändert. Er hörte auf zu arbeiten, und klagte, es wäre ihm, wie wenn er nicht selbst es sei, der geht, spricht, schläft, ißt und lebt. Es sei, wie wenn er abseits von seinem Körper lebte. Auch hier erwies sich die Sensibilität, der Geschmack, der Geruch, das Gehör und das Gesicht bei der objektiven Prüfung vollkommen intakt. Er gab an, sich überhaupt an nichts zu erinnern. Bei objektiver Untersuchung war das Gedächtnis ungestört. Er gibt an, nicht denken zu können, aber er spricht geordnet und kann den Inhalt eines gelesenen Buches referieren. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit schwinden auch hier die Störungen. (Fall 19.)

In den beiden Fällen handelt es sich, wie dies auch der Auffassung der Autoren entspricht zweifellos um Neurosen.

Beide Fälle stammen aus der Publikation „Neuroses et idées fixes". Die jetzt folgenden sind aus „Les obsessions etc.".

Pot., 32 Jahre, neurotisch belastet. Die Mutter leidet an Zwangszuständen. Die Patientin ist immer ernst, leicht beunruhigt. Anämisch und dysmenorrhoisch. Nach einem Typhus die ersten psychasthenischen Beschwerden (mit 24 Jahren). Nach der dritten Geburt erschrickt sie zweimal über nichtige Angelegenheiten. Sie zeigt Abulie, Aprosexie, Apathie, Indifferenz. „Alles, was ich mache, ist maschinell, es geschieht ohne mich, ich bin wie im Traum: ich handle aber anders als sonst." Sie klagt über Traurigkeit und über Gefühlsmangel. „Ich wollte, ich könnte verzweifeln, vor Schmerz schreien, ich weiß, daß ich unglücklich sein müßte und komme nicht dazu, ich habe weder Freude noch Schmerz, ich weiß, daß eine Mahlzeit gut ist, aber ich verschlinge sie, weil es sein muß, ohne an dieser das Vergnügen zu finden, das ich früher daran hatte: Freude und Kummer sind geflohen: ich war bei einem Begräbnis und hatte keinen Kummer!" Sie glaubt, die Existenz und das Leben sei in ihr entschwunden. „Ich begreife mein Leben, die Welt, ja mich selbst nicht mehr, ich habe alles Bewußtsein meiner Existenz verloren." Die Seele sei getrennt vom Körper, sie begreift nicht wie früher, sie frage, ob sie existiere. Es folgen auf die Krisen schnelle Niedergeschlagenheit. „Warum ist mein Leben nicht so wie früher . . . es ist ein unaussprechliches Leid, wiewohl ich körperlich nicht leide. Denn die kleinen Beschwerden, die ich fühle, sind nichts im Vergleich zu diesen moralischen Martern und ich wollte, ich könnte leiden." Sie glaubt nicht, auf der Erde zu leben und zu sein. Die Sinnesorgane und die taktile Sensibilität sind vollkommen intakt und an den Viszeralorganen findet sich nur leichte Verstopfung. Nach 6monatlicher Behandlung Heilung. (Fall 19.)

Der Fall ist eine Psychasthenie.

Dd., 24 Jahre. 2 Brüder geisteskrank, Eltern angeblich gesund. Als Kind Ohnmachten. Während der Schwangerschaft ein „deliranter"(?) Zustand. Im Anschluß an die dritte Schwangerschaft begann das „Delir" wieder. Auch nach der Geburt (die vor 3 Monaten stattfand) bestand die Krankheit fort. Sie ist, wie sie sagt, nicht mehr richtig wach. Sie beschäftigt sich nicht mehr, liest nicht mehr Romane. Schließlich Gefühl der Langweile und Unfähigkeit. Sie sieht die Dinge wie durch einen Schleier, wie in einem Traum. Sie erkennt die Gegenstände, aber es ist ihr, als sehe sie sie seit langer Zeit wieder. (Fall 18.)

Pl., 28 Jahre alt. Hereditär disponiert. (Vater Trinker, die Mutter hatte Zwangserscheinungen). Sie ist (im Anschluß an eine Niederkunft) vollkommen energielos und apathisch. Sie findet, daß ihr Leben seltsam geworden ist. Ihre Handlungen scheinen ihr nicht von ihr selbst auszugehen. Anfangs machte sie Anstrengungen, sich wiederzufinden, sah in den Spiegel, um sich wiederzuerkennen. Trotzdem fühlte sie, wie sie eine andere werde oder besser, sie verlor ihr Selbst. Sie glaubt es nicht selbst zu sein, die sieht, hört, ißt. Arme und Beine gehen allein ohne sie selbst. Sie ist wie tot. „Nicht wahr, es ist sonderbar (drôle) irgendwo zu sein und doch nicht dort zu sein, sein Leiden zu fühlen und doch nicht zu existieren." (Fall 20.)

Gisèle 30 Jahre. Im Vordergrund Zwangserscheinungen. Sie muß sich fragen, ob sie nicht Unrecht hatte, sich zu verheiraten.

Nicht belastet; hatte mit 11 Jahren das erstemal Schlafzustände und Schwindel. Mit 13 Jahren zwangsmäßig die Frage, ob sie die Schlafzustände nicht simuliert habe. Daran schließen sich andere Grübelphänomen. Ihre Mutter sagt von ihr, sie sei intelligent aber unpraktisch gewesen. Sie begeistert sich für vieles, spricht und schreibt glänzend, ist aber willenlos und kann zu keiner Entscheidung kommen, sie zweifelt an der Welt, fragt nach ihrer Existenz. „Il lui semble, que ses sentiments n'arrivent jamais au bout, que tout glisse sur elle . . . quélle a été incapable d'avoir du chagrin à la mort de son père. Il lui semble toujours, qu'en tout, dans ces affections sourtout, elle joue la comédie." Es wird ihr dann die Umgebung fremdartig und es beginnt das Zwangsdenken. Zeitweise wechseln mit diesen Störungen Magenbeschwerden ab. Krankheiten, Geburten, Ermüdungen verstärken diese Zustände. Aufregungen wirken gleichfalls verschlimmernd. Ermunterung, Zutrauen wirken günstig ein. Der Zustand dauert Jahre. (Beobachtung 171.) Eine Begründung der Diagnose Psychasthenie ist wohl überflüssig.

Xyb., 37 Jahre. Aus einer neuropathischen Familie stets willensschwach und schüchtern, seit 5 Jahren Zwangsvorstellungen, sie zeigt enorme Trägheit, kann sich nicht entschließen aufzustehen und sich anzuziehen. Kann keine Ordnung schaffen, sie klagt, alles durch einen Nebel zu sehen, zerstreut zu sein und der Konservation nicht folgen zu können. Sie glaubt weder an die anderen noch an sich selbst, sie kann nichts beenden. Sie interessiert

sich nicht für ihre Kinder. Sie läßt Tage verstreichen, ohne es zu merken, „Sie sind vergangen wie eine Minute!“ Sie klagt selbst, sie habe den Zeitsinn verloren, sie wiederholt immer, sie sei nicht sie selbst. Im Kopfe sei etwas zerbrochen. Im Grunde existiere sie gar nicht. Auch wenn es ihr besser geht, sei sie noch nicht sie selbst. Sie bringt diese Dinge mit ihren Zwangsvorwürfen (sie hätte unberechtigerweise den Versuch gemacht, die Lieferanten zu wechseln, in Zusammenhang). Sie habe nicht das Recht, wie andere zu leben. (Fall 209.)

Eine 56jährige Frau klagte, es sei schrecklich, sie sei seit 2 Monaten im Sterben, sei im Grabe, sei eingescharrt. Sie sehe nichts als Schwarz um sich. Sie sehe keinen Menschen um sich, niemand existiere in ihrer Umgebung. Es läßt sich jedoch erzielen, daß sie Objekte, Personen und Umgebung beschreibt. Sie gibt dann auch zu, im Moment ein bißchen zu sehen. Aber es werde bald die Finsternis wieder kommen. (Fall 58.)

Die Kranke hat im Alter von 32 Jahren wahrscheinlich einen Basedow und hatte späterhin eine Reihe von Zwangserscheinungen. Ich halte es nach der kurzen Krankengeschichte, die mitgeteilt ist, für fraglich, ob es berechtigt ist, diesen Fall der Psychasthenie zuzuzählen. Viel näher scheint mir die Annahme einer Involutions-Melancholie zu liegen.

Is., 25 Jahre alt. Hat mit dem Alter von 10 Jahren typisch epileptische Krämpfe bekommen (Schrei, Zuckungen, Zungenbisse, Urinabgang). Die Frequenz war eine wechselnde. Zeitweise wurden sie ersetzt durch Migräneanfälle. Sie hatte jedoch in einem Jahre zwei eigenartige Zustände: „Es schien mir, daß ich nicht mehr existierte, daß ich sah, daß es jedoch nicht ich war, die sah. Daß ich hörte, daß ich jedoch nicht war, die hörte. Ich war keiner Sache mehr sicher, es schien mir, daß alles ein Traum war. Das regte mich außerordentlich auf.“ Dieser Zustand endete nach drei Tagen mit einem epileptischen Anfall. Er stellte sich wieder ein und verschwand, aber nur zum Teil, im Anschluß an eine Aufregung. Er endete erst vollständig nach einem epileptischen Anfall. Sie fürchtet diesen Zustand, den sie noch ein drittes Mal erlebte, mehr, als den Anfall selbst. (Fall 28.)

Pax., 27 Jahre. Beide Eltern nervös. Die Mutter Angstanfälle. Die Patientin selbst nervös seit ihrer Kindheit. Im Alter von 8 Jahren im Anschluß an heftiges Erschrecken Angstanfälle mit Erschwerung der Atmung und Tränen. Mit 13 Jahren Krämpfe mit Zungenbissen und Urinabgang. (Narben an der Zunge nachweisbar.) Auch gegenwärtig Krämpfe von wechselnder Frequenz. Stets geht den Krämpfen eine psychische Aura voraus. Der Inhalt ein wechselnder. Gegenwärtig beginnt die Aura mit Angst, dann kommt sie sich vollkommen verändert vor, ist nicht die gleiche, erkennt sich nicht mehr, hat ihre Persönlichkeit verloren. Sie beklagt sich darüber jammernd in korrekten Ausdrücken. Es sei nicht sie, die spräche, sie sei erstaunt über den Klang ihrer Stimme. Sie fühlt sich dann verdoppelt, das andere Ich verkörpert sich in einer wenig entfernten Person. Sie glaubt dann, daß diese den Anfall bekommen wird und bekommt den Anfall.

Diese beiden Beobachtungen erscheinen mir deswegen wichtig zu sein, weil sie in sehr vielen Punkten dem Symptomenkomplex der Depersonalisation entsprechen. Man muß also annehmen, daß dieser auch bei der Epilepsie vorkommt. Hier sei noch kurz eine Beobachtung der Autoren angeführt: Eine Epileptika hat Krisen, in denen sie klagt, alles sei sonderbar, es sei wie tot und schweigend und nichts rühre sich. Sie fragt dann, ob nicht das Weltende da sei. (Fall 29.)

Eine Reihe Klagen anderer Patienten, für welche die Diagnose Psychasthenie feststeht, seien kurz wiedergegeben. „Für Momente scheine nicht ich es zu sein, der handelt. . . . . Ich habe Gedanken, die mir gehören und solche, die nicht mir gehören. Der Gedanke kommt mir, ich weiß nicht woher, ohne daß ich es wäre, der denkt. Es ist wie Inspiration.“ (Fall 21.)

„Die Welt ist sonderbar, eigenartig, abstoßend.“ „Meine Hände bewegen sich von allein ohne mich.“ (Fall 24.)

Fall von Janet[1]).

Ein 18jähriger, der das Symptomenbild der Depersonalisation zeigt, hat das lebhafte Interesse, sich demonstrieren zu lassen. Er ist geeignet zur Analyse. Er hat seit seinem 17. Jahre eigenartige Störungen des Denkens. Zu dieser Zeit traten Angstgefühle auf und hypochondrische Befürchtungen. Er regte sich auf über philosophische Probleme. Mit 11 Jahren veränderten sich ihm die Objekte der Umgebung allmählich. Sie wurden sonderbar, eigenartig fremd und waren vollkommen anders wie früher. Zunächst betraf das nur die neuen, schließlich auch die bekannten Objekte. Alle Objekte waren für ihn wie Zyklopen. Auch sonst fühlt er sich wie im Traum. In der letzten Zeit fühlt er sich selbst sonderbar und unwirklich. Er hat Willen und Tätigkeitsdrang verloren. Er verstünde nichts, sei es nicht selbst, der handelt, er hört sich selbst sprechen, aber es ist ein anderer, der spricht, es ist eine Maschine an seiner Stelle. Er könne sich über nichts aufregen und fühle nichts. Als er von einer Nadel gestochen, gleichwohl zusammenzuckt, sagt er, es ist die moralische Empfindlichkeit verloren gegangen. Nicht er fühle, es ist ein anderer, der mechanisch fühlt, er sei wie tot, sei ein lebendig Toter. Durch alle Ausdrücke kann er nicht klar machen, um was es sich handelt.

Fälle von Juliusburger.

Fall 1. Eine 30jährige[2]). Der Großvater mütterlicherseits melancholisch. Tante mütterlicherseits nervenleidend. Ein Bruder und ein Vetter der Mutter geisteskrank. Die Kranke gibt an, früher abnorm-tiefes Empfinden gehabt zu haben. Es fehlt der natürliche Frohsinn, sie fand im Leiden Genuß. Mit 19 Jahren eine „verkehrte" Liebesgeschichte. 10 Jahre vor der Aufnahme konnte sie sich mit einem Male die Angehörigen ihrer Umgebung nicht vorstellen. Sie merkte nicht, wie die Zeit entschwand. Im Spiegel sah sie sich verändert und verzerrt. Die eigene Schrift war fremd. „Ich empfand zu niemanden mehr Liebe, Sehnsucht, Freude, Leid, selbst das Magen- und Sättigungsgefühl fehlte." Sie war energielos und schwermütig, war sich selbst ein Rätsel. Das Denken war unbewußt, sie konnte sich nicht entschließen. Die Musik klang anders. Was sie sah, war wie ein gemaltes Bild. Sie konnte den Gesprächen nicht folgen. Auch Klagen über schlechten Gedankengang. Der Zustand dauert mit Schwankungen bis 1913 fort. In dieser Zeit Selbstmordgedanken, Schwindelgefühle. Sie sage alles halb unbewußt. Es fehle das Bewußtsein.

Sie ist wie ein Automat. Objektiv war jedoch kein Mangel an Auffassungsfähigkeit nachzuweisen, objektive Hemmung fehlte.

Juliusburger spricht von Pseudomelancholie. Die Krishaberschen und Janetschen Beobachtungen sind ihm offenbar entgangen. Der Fall ist ihnen anzureihen.

Fall 2[3]). Die Patientin hatte bereits 1899 einen Depressionszustand und war 1900 „melancholisch", 1901 eine Psychose, in der sie sagte: „Das alte Ich ist, als ob es schon gestorben ist." Sie könne sich gar nicht recht daran erinnern. Die Verbindung mit dem Alten fehlte. „In der Mitte hier (die Kranke zeigt auf die untere Hälfte des Sternums) fühle ich mein Ich, von da geht ein Druck aus, von da kommen die Gedanken. . . . Ich habe zwei Ich, das eine ist nur solch ein negatives, das habe ich, wenn ich ganz still liege; eines sitzt im Kopfe, eins sitzt hier." Das eine beobachtet alles und sei nicht persönlich, sei wie eine dritte Person (das im Kopfe), das andere wolle leben, es denke nicht persönlich. Sie habe keine Gedanken, alles komme nur aus der Erinnerung. „Es geht im Kopfe wie von selber, als wenn mir die Kraft fehlte zu denken. Das eine Ich ist wie ironisch über das andere und schilt das andere Schafskopf. „Von unten kommen Gedanken und Wünsche, daß ich so sein möchte, wie der und der. . . ." Sie wiederholt immer, daß sie sich gespalten fühle in ein beobachtendes, hochmütiges Ich und in ein anderes, das gesund sein möchte. Im Traume schwinden die Störungen. Die Gedanken sind vom Ich getrennt „als wenn die Verbindung mit mir fehlt. Sie sind schon im Kopfe, aber ich nehme keinen Anteil daran." Sie sei meist gleichgültig und still, aber doch auch häufig wieder unglücklich.

---

[1]) Journal de psychol. 1908. Bd. 5.

[2]) Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 17. S. 72. 1901.

[3]) Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 17. S. 389. 1901.

Juliusburger spricht schlechthin von Melancholie in diesem Falle. Ich kann in der Krankengeschichte keinen zwingenden Beweis für diese Annahme sehen. Er scheint den Fall aber doch wieder in die nächste Nähe seiner „Pseudomelancholie" zu stellen. Angaben über die objektive Hemmung fehlen. Man wird also die Diagnose im unklaren lassen müssen. Psychologisch erscheint es überhaupt fraglich, wieweit der Fall als Depersonalisation bezeichnet werden darf. Ich möchte ihn trotzdem als solche bezeichnen. Mir erscheint als charakteristisch, daß ein „Ich" das andere beobachtet und in ihm schwache Wünsche entdeckt, die nach oben treiben. Allerdings fehlen Angaben über den Eindruck, den die Unwelt macht.

Fall 3[1]). Eine 26jährige (1900), stets nervös; passagere Lähmungen. Verlobung. Angstgefühle. Am 26. Sept. plötzlich Ratlosigkeit „ich bin nicht ich, ich weiß gar nicht, was ich tun soll", wiederholt die Redewendung stereotyp. Am nächsten Tag ratlos Affektausdruck (Tränen). Sei kein Mensch, man könne sie nicht verstehen, sie sei kein Ich, habe keinen Willen. Verbigeriert. Die sich mit ihr befaßten, gingen zugrunde. Nachmittags aufgeräumte Stimmung. Am 28. Sept., sie habe kein Interesse, ihre Stimme sei nicht die richtige. Erkenne sie nicht als die ihre an. „Ich bin ganz verkehrt, kann nichts Vernünftiges sagen." Kann nicht wollen. „Dadurch, daß ich immer daran denke, ruiniere ich mich." Hände und Füße seien bisweilen steif. Am 17. Okt. „Können Sie sich vorstellen, daß man nichts erlebt hat?" Ich sehe und höre doch alle sprechen und höre doch nichts. Die Erinnerungen liegen außer mir. 18. Okt. kindischer Suizidversuch. Am 19. Okt. kündigt sie wieder Suizid an. Am 20. Okt. Sei niemand . . . habe alle Hoffnung und alles Gefühl aufgegeben. Nachmittags spielt sie flott Klavier. Am 23. Okt. Verbigerationen. Am 7. Dez. „Alles öde, ich bin nicht ich." 1902 ist der Zustand noch unverändert. 1903 scheint die Denktätigkeit noch Schwierigkeiten zu machen.

Juliusburger spricht wieder von Pseudomelancholie. Er scheint jetzt geneigt, sie als Untergruppe der Dementia praecox anzusehen. Es scheint allerdings in diesem Falle die genannte Diagnose sehr nahezuliegen. Mit völliger Bestimmtheit würde ich nicht wagen, sie auf Grund der „Defekte" zu stellen, denn gerade bei den uns hier interessierenden Formen von Psychasthenie täuscht das eigenartige Verhalten der Kranken Defekte vor, wo sie nicht vorliegen. Auffallend bleibt jedoch die Verbigeration, die den Psychasthenien dieser Art fremd ist. Sie scheint mir im Verein mit einem eigenartig stilisierten, weitschweifigen und abstrusen Briefe die Diagnose Dementia praecox doch mit hinreichender Sicherheit zuzulassen.

Fall 4[2]). Eine 27jährige klagt, das Bewußtsein von dem, was geschieht, sei nebelhaft. Diese Unklarheit liege im Denken. Alles wirke auf sie wie ein Bild. Sie sehe alles aber mechanischer als früher. Sie hat Angst, daß sie Namen und Wohnung vergessen könne. Sie höre sehr scharf, höre es richtig, gleichwohl ist es, als wenn etwas dazwischen wäre und verschleierte. Beim Klavierspielen sind ihr die Töne fremd. Die Gerüche seien ihr nicht fremd, der Hunger sei nur ein unbehagliches Gefühl, die Sprache sei komisch, die Häuser seien wie Kartenhäuser, die Menschen seien auch nicht richtig, wie nicht fest, alles sei traumhaft. Das was in ihr denke, erhebe sich über sie und beobachte sie, während sie ruhig daliege, die Hände kämen ihr fremd, größer und anders vor. Die Fähigkeit vorzustellen sei gemindert.

Fall von Förster.

49jährige Frau (1902). Erblich nicht belastet. Im 16. Lebensjahre konnte sie Gegenstände und Personen nicht mehr so deutlich erkennen. Sie konnte sie insbesondere nicht vorstellen. Gleichzeitig Angst. Dieser Zustand kam fast alle Jahre im Frühjahre wieder,

[1]) Zentralbl. f. Nervenheilk. Bd. 17. 1906.
[2]) Monatsschr. f. Neurol. u. Psychol. Bd. 22. 1912.

Gefühle der Leere. Später auch zwangsmäßiges Nachdenken über das Aussehen bestimmter Gegenstände. Juni 1899: Gefühl von absoluter Leere im Kopf, sie fühlte ihren ganzen Körper nicht mehr. Empfindung als drücke ein schweres Gewicht ihr Hirn. Sie gab an, nichts ordentlich erkennen zu können. Könnte sich nichts recht vorstellen. Zwangsmäßiges Vorstellen von Gegenständen; Tentamen suicidii. Im Oktober ratlos. Klagen über Leere im Kopf. Sie fühlt ihren Körper nicht mehr. „Das allgemeine menschliche Gefühl ist mir verloren gegangen." Sie fühlt ihre Glieder beim Gehen nicht. Durch die Berührung geht angeblich menschliches Gefühl auf sie über. Wiewohl objektiv kein Defekt nachweisbar ist, gibt sie an, sie könne nichts erkennen. Es ist so, als ob gar nicht sie es wäre, wenn sie etwas sehen und erkennen soll. Sie könne sich nichts vorstellen. Doch ist bei objektiver Prüfung das Erinnerungsvermögen ein gutes. Sie meint, man müsse doch auch das allgemeine menschliche Gefühl haben, bevor man vorstellen könne. Sie gibt an, nicht ordentlich zu hören. Sie gibt an, bei der Kohabitation nichts zu empfinden. Wenn sie nachts im Bette liege, fühle sie sich gar nicht. Dazwischen zwangsmäßig, der Drang sich zu besinnen. Dieser Zustand ist mit Angst verknüpft, bis 1901 unverändert. 1901 liegt sie fast permanent im Bette, spricht nichts, antwortet nur leise: sagt: „Ich bin nicht mehr, es ist mit allem vorbei." Habe keine Gefühle. 1902 ist der Zustand wieder ähnlich wie im Jahre 1899.

Ich möchte vom klinischen Gesichtspunkte aus auf zwei Momente besonders verweisen: 1. das periodische Auftreten, 2. und die Koexistenz mit Zwangsvorstellungen. Eine klinische Deutung wird im Haupttext versucht.

Fall von Touche.

Es handelt sich um ein junges Mädchen, welches im Anschluß an den Verlust seines Vaters durch Unfall ihre Gefühlserregbarkeit gegenüber den gegenwärtigen Eindrücken verloren hat. Sie ist erhalten gegenüber den Erinnerungen. Dachte sie an den Vater, trat Verzweiflung ein. Beim Anblick ihrer Mutter verspürte sie nichts. Dachte sie an eine Reise, die sie in der Gesellschaft von Vater und Mutter gemacht hat, so verband sich die Erinnerung an ihre Mutter mit Gefühl. Sie hatte schließlich den Eindruck in ihrer Persönlichkeit verändert zu sein und begann von sich in der dritten Person zu sprechen, wie wenn es sich um eine fremde Person handelte. (Zitiert nach Sollier).

Fall von Deny und Camus (u. Bernard-Leroy).

47jährige Frau (1903). Familiär nicht belastet. Vom 17. bis zum 25. Lebensjahr häufig Migräne. Vier Geburten. Stets leicht erregbar. Häufig Zank mit ihrem Mann. Im Anschluß an einen solchen 1899 Krankenhausaufnahme. Die erste Krise endete nach einem Jahr. Von neuem begann eine solche im Mai 1901. Es gingen ihr voraus mehrere kürzere gleichartige Krisen. Sie beginnen mit Verwirrtheit und Amnesie. Sie verläßt dann ihr Haus. Irrt umher, entkleidet sich auf offener Straße und macht Suizidversuche. Sie gibt dann an, sie fühle sich verändert, fühle Glieder, Kopf und Haare nicht, müsse sich berühren, um zu wissen, wie sie sei. Ihr ganzer Körper sei verändert. Bisweilen sei es, wie wenn sie nicht existiere. Nicht sie selbst fühle die Objekte. Sie könne nicht denken und könne sich nichts vorstellen. Im Bett suche sie ihren Körper, ihre Beine. Sie gibt an, nicht riechen und nicht schmecken zu können. Die menschliche Stimme erscheint verändert. Personen und Dinge erscheinen als Phantome. Sie erkennt sie aber wieder. Sie kann weder sich selbst noch andere lieben. Sie würde lieber sterben.

Die objektive Untersuchung der Sensibilität und der Sinnesorgane ergibt normale Befunde. Die Patientin behauptet verloren zu sein und hält daran fest, daß sie nicht geheilt werden könne.

Diagnose: Psychasthenie.

Fälle von Pick.

Fall 1. 33jährige Gastwirtsfrau[1]) die klagt, sie kenne sich selbst nicht mehr und habe kein Bewußtsein. 3 Wochen vor der Aufnahme 20. Februar 1903 merkte sie plötzlich ein Gefühl, wie wenn sie bewußtlos werde, wie wenn sie die Gedanken verlöre. Ihre Gedanken

[1]) Arch. f. Psych. Bd. 38. 1904.

seien nicht die ihren. Sie fühlt wohl, daß ihre Beine sie tragen, aber es ist als bewegten sich die Beine von selbst. Was sie tue, was sie denke, das komme nicht von ihr. Die Patientin ist über ihren Zustand deprimiert, klagt über Interesselosigkeit, keine Hemmungen. Die Klagen steigern sich allmählich dahin, sie sehe alles wie im Traume, sie lebe nicht, alles sei wie fern, ihr Gehör sei verändert, sie sei ohne rechten Appetit, sie habe kein Gedächtnis, das Gehirn sei wie tot. Objektiv fand sich eine Parästhesie im zweiten Quintusast rechts, eine Facialisparese rechts und eine totale Iridoplegie. Sie hat mehrere Abortus hinter sich.

Der Fall entspricht durchaus den typischen Fällen, nur ist bemerkenswert, daß sich Zeichen zerebraler Lues oder Metalues finden. Es wäre immerhin denkbar, daß das „neurasthenische" Vorstadium der Paralyse einmal unter dieser Form abläuft.

Fall 2. 43jähriger Kaufmann[1]). 1907 neurasthenische Beschwerden. Er habe nicht die richtigen Gedanken, beim Sprechen sei eine Schwäche im Kopf, als ob er nicht selbst spreche. Dann Verschlimmerung. Sie trat plötzlich unter Schwindel ein: Wie wenn jemand einen Schleier über ihn geworfen hätte. Die Augen waren wie starr. Die Klagen verstärken sich allmählich, er sei gedankenlos. Das Sprechen gehe rein mechanisch vor sich, das Denken sei wie abgetrennt vom Sprechen. Ebenso sei es mit dem Gehen, es kommt ihm vor, wie wenn er empor schweben würde. Schließlich kommt das Gefühl, er habe keinen Kopf, nur zwei Löcher, durch die er schaue. Es sei eine Art seelischer Betäubung. Sein ganzes Tun und Lassen sei unfreiwillig. Der Gedanke sei wie oberflächlich und habe nicht die richtige Farbe, die Sprache sei wie abgefallen, beim Schreiben gehe die Feder wie von selbst, beim Lesen hat er nicht die Empfindung selbst zu lesen. Er sehe ganz korrekt, aber es komme ihm alles gleichmäßig wie starr, wie durch ein Glas gesehen vor. Die bildliche Vorstellung sei weg. Im Spiegel komme er sich fremdartig vor. Er komme sich wie ein Schatten vor, das Gefühl sei nicht verändert. Er klagt noch über Schwäche in der Stirn und in Schläfen, über Angstzustände, über Unfähigkeit sich zu freuen. Die objektive Prüfung der Sensibilität und der Sinnesorgane ergibt nichts Abnormes.

Ich deute diesen Fall als Psychasthenie. Pick teilt noch zwei andere Fälle kurz mit, deren einen er mit Rücksicht auf die objektive Hemmung Selbstanklagen und Suizidideen als Melancholie bezeichnet. Die Patientin hatte die Empfindung, wie wenn ihre Seele in einen Abgrund falle. Es kreisten in ihr keine Gedanken, sie ist nicht imstande, ihre Gedanken in die Stirne zu bringen, wo sie sie früher hatte. Aus der kurzen Notiz läßt sich weder etwas Bindendes über das Klinische noch über das Psychologische sagen.

Aus den Angaben einer anderen Patientin ist bemerkenswert: Ihre Gedanken schwebten in der Luft. Auch die Äußerung, ihr Kopf schwebe über dem übrigen Körper, sei hervorgehoben. Sie klagt, daß sie die Dinge, die sie vorstelle, ganz klein im Kopfe habe, sie sehe jedoch ihre Umgebung nicht so.

Fall von R. d'Allonnes.

Alexandrine, eine 53jährige Frau, die klagt, keine Gemütsbewegungen mehr zu empfinden. Sie sagt weinend, sie möchte traurig sein, könne es aber nicht. Sie empfinde beim Weinen keinen Kummer. Sie weine rein mechanisch. Es sei schrecklich, weder Gutes noch Schlechtes fühlen zu können, weder Freude noch Kummer. Sie sei wie ein angezogener Besenstiel. Sie würde vorziehen, zu leiden als nichts zu fühlen. Dabei zeigt sie mit deutlichen äußeren Zeichen des Affekts und während ihr Sohn zum Besuche kommt, gibt sie an, nichts zu fühlen. Während die Untersuchung eine Änderung der Atmung und eine Pulsbeschleunigung feststellt. Zugleich beginnt ihre Stimme zu zittern. Trotzdem versichert sie, ihre Angehörigen nicht lieben zu können. Die Untersuchung der Hautsensibilität ergibt, daß die Schmerzempfindung am Körper fast vollkommen aufgehoben ist. Daneben bestehen aber eine Reihe von Schmerzpunkten. Ganz warme und ganz kalte Reize rufen nur einen geringen Eindruck hervor. Gleichwohl zittert sie bei Einwirkung von Kälte. Sie gibt an weder

[1]) Zeitschr. f. Psychol. Bd. 50. 1909.

Hunger noch Sättigung zu fühlen, nur gewohnheitsmäßig setze sie sich zu Tisch. Die Geschmacksreize machten ihr kein Vergnügen. Gibt man ihr Rizinusöl, so erfolgt Üblichkeit und Ansatz zum Erbrechen, ohne daß Ekelgefühle auftreten. Sie fühlt selten Durst, nur schwer die Ermüdung, niemals die Erholung nach derselben. Wiewohl sie niemals unrein ist, gibt sie an, nur eine leichte Empfindung (sensation legère) zum Wasserlassen und zum Defäzieren zu haben, die aber nichts Drängendes hat, und zwar spürt sie das auch nur dann, wenn Blasen- und Darmfüllung vorhanden ist. Nach der Entleerung fühlt sie keine Erleichterung. Sie unterschätzt die Quantität des Entleerten.

Das unmittelbare Zeitgefühl ist verloren gegangen. Sie weiß zwar die Zeit, aber nur durch mnemotechnische Hilfsmittel. Auch der Schlaf ist gestört. Sie weiß nicht, ob sie geschlafen hat und wie lange sie geschlafen hat. Die Unterscheidung von Rhythmen hat gelitten, ist aber nicht vollständig erloschen. Die Reaktionszeit war normal. Die Sinnesorgane sind im wesentlichen normal, nur hört sie leichte Geräusche im Ohre. Die Hautempfindlichkeit ist etwas abgeschwächt.

Diese Krise ist zum vierten Male aufgetreten. Sie war im Charakter leicht erregt und hatte tiefe Zuneigung zu den ihren. Die erste Krise (Depression) mit 24 Jahren, Dauer 6 Monate. Die zweite mit 32 Jahren, Dauer 2 Jahre. Diese im Anschluß an Erkrankung des Mannes. Sie war niedergeschlagen, geängstigt, klagte über Kopfschmerzen und Gedächtnisverlust, sie täuschte sich über die Zeit. Die dritte (leichte) Krise mit 37 Jahren. Leichte Attacke mit 49 Jahren während der Menopause. Kopfschmerzen. Die letzte begann mehr als ein Jahr vor der Untersuchung (mit 52 Jahren). Sie wurde nachlässig, sie war zuerst noch zärtlich gegen ihre Angehörigen. Doch ließ sie allmählich darin nach. Wollte sterben, hatte keine Lust zu arbeiten. Dann trat der jetzige Zustand ein. Sie sagt über ihn: „Ja, es wäre besser zu leiden, als so zu sein."

Der Fall ist wohl wieder als Psychasthenie zu deuten. Besonders vermerkt sei das periodische Auftreten der Störung.

Fall von Geißler.

Eine Ärztin, die mit 15 Jahren zum erstenmal in ausgesprochener Weise Erscheinungen der fausse reconnaissance zeigte. Später sah sie vor dem Einschlafen in einem Zug von Mädchen und Kindern sich selbst, sie wußte genau, daß sie im Bett lag, hatte aber doch das Gefühl, als wäre sie auch unter den Kindern. Sie sah sich deutlich in ihrem roten Sonntagskleid als sähe sie ihr Spiegelbild. Auch später fausse reconnaissance häufig. Während der Vorbereitungen zur Maturitätsprüfung (sie hatte auch Aufregungen in der Familie) kam die Empfindung, als führe sie ein doppeltes Dasein. „Alles was ich tat und sagte schien das eine Ich zu tun, daneben hatte ich aber das deutliche Gefühl, daß noch ein zweites Ich da war und dieses zweite Ich sah auf die Handlungen des ersten wie auf die eines fremden Wesens." Beim Besteigen des Trittbretts einer Straßenbahn ein ähnliches Gefühl. Sie konnte an dieses Ich denken wie an einen Gegenstand. Die eigene Stimme und die der anderen klang fremd. „Was ich tat, schien ich ganz mechanisch zu tun, was ich leistete, war aber nicht schlechter als früher". Am meisten bedrückte sie während dieses Monate anhaltenden Zustandes das unaufhörliche Beobachten ihres zweiten Ich, das fortwährende Staunen über die Handlungen dieses zweiten Ich. Das Ich bewegte sich wie eine Maschine in fremder Umgebung. Nach vier Monaten war sie oft tagelang frei von dem Zustand, er trat nur gelegentlich auf. Dann zessierte er etwa zwei Jahre. Als sie im Auditorium praktizierte, trat die Depersonalisation von neuem ein. „Meine Antworten und die Methode der Untersuchung waren aber durchaus richtig." Die Zustände wiederholten sich stets, wenn sie praktizierte. Nach der Korrektur einer Kurzsichtigkeit von vier Dioptrien und eines Divergenzschielens von zehn Grad trat der Zustand nicht mehr auf. Er kam auch nur noch einmal wieder, als sie ohne Brille bei schlechter Beleuchtung durch die Straßen ging. Durch das Weglassen der Brille konnte der Zustand nicht mehr hervorgerufen werden.

Das, was an diesem Falle bemerkenswert ist, ist folgendes: Es kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden, daß er mit Manisch-depressivem etwas zu tun hat. Er tritt wenigstens im späteren Verlaufe nur bei bestimmten äußeren Ursachen auf. Es ist aber hervorzuheben, daß die erste Attacke etwa vier Monate

dauerte. Die Störung ist voll ausgeprägt, nur fehlen Angaben über die Gefühle. Hervorgehoben sei, daß die Beobachterin selbst Störungen der Sinnesorgane als Ursache anschuldigt.

Fälle von Oesterreich.

Fall 1[1]). Ka., 26 Jahre (1906). Schon mit 22 Jahren neurasthenische Beschwerden. Angstgefühle, Schwindelgefühle, Kopfdruck, Ziehen im Kopf. Unregelmäßigkeit des Pulses. Ohrensausen, Zittern. Am 4. und 5. September 1902 fühlte er sich übermäßig wohl. Es war ihm, als hätte er einen anderen Charakter bekommen. Am nächsten Tag konstatierte er Benommenheit und zeitweiligen Mangel an allem Persönlichkeitsgefühl. Jedoch variierte dieses außerordentlich stark. Es war ihm, als wären mehrere Personen durch ein gemeinsames Bewußtsein verbunden. Dann heftige Angstzustände beim Anblick von Tapeten. Die eigene Hand, ja sogar die eigenen Vorstellungen erregten Angst. Das Gedächtnis erschien geschwächt. „Ich wußte oft nicht recht, was ich gelesen hatte. Doch ist der Grund dafür mangelhafte Konzentration gewesen, da ich mehr auf das Lesen als auf das Gelesene achtete." Mehrfach hatte er während des Gehens das Gefühl, er würde an der Rückseite des Körpers von sich selbst festgehalten. Er fühlte dann noch ein zweites Persönlichkeitsgefühl. Einige Tage darauf kann er Bilder, die er gesehen hatte, in abnormer Deutlichkeit vorstellen. Am 21. Sept. richtet sich die Aufmerksamkeit immer mehr nach innen, „die Gedankenreihe, die sich nur mit mir beschäftigte, trat immer mehr in den Vordergrund . . . . . meine Persönlichkeit begann zu schwinden." Es war, als wenn er nicht ganz wach wäre, seine Sprache und sein Gesicht kamen ihm fremd vor. Die Gemüts- und Willensempfindungen wurden schwächer. Er fühlte den Ärger nur äußerlich. Er hatte weniger Aktivitätsgefühl. Am 25. Sept. verschwanden die Gefühle und der Wille, er handelte mechanisch, ohne das Gefühl des Wollens. Es war nicht einmal Apathie vorhanden. Das Angstgefühl war nur andeutungsweise. Zeitweise hörten alle Gedanken auf. „Ich hatte den Eindruck, daß Gefühls- und Willensimpulse unterhalb des Bewußtseins blieben." Er handelte jedoch äußerlich vollkommen normal. Auch war seine Sprache nicht eintönig. Der Zustand wurde traumhafter. Das Selbstbewußtsein hörte auf. Das Bewußtsein blieb ganz klar. Die Gedanken kamen schwer und langsam, das Gedächtnis war schlecht. Kurze Zeit gingen die Gedanken übermäßig schnell (nachts). Daneben besteht Zerstreutheit. Außerdem klagt er über eine Reihe von neurasthenischen Beschwerden, Schmerz in den Oberschenkeln, in den Eingeweiden und in der Leber (nach Selbstberichten). In der Folgezeit „haben alle Vorstellungen mehr traumhaften Charakter." Das Aktivitätsgefühl fehlt. „Hineinversetzen in andere Personen ist abnorm leicht möglich." Gefühl körperlicher Leichtigkeit. „Die Unlustaffekte waren nicht ganz geschwunden, dagegen fehlte jedes Ichgefühl. Die nur spärlich oder gar nicht auftretenden Vorstellungen entbehrten eines ichhaften Untergrundes (14. Okt.). Rechnen ging gut, doch waren die Vorstellungen „spinnwebenhaft und dünn." „Das Handeln vollzieht sich mechanisch." (18. Okt. 1902). Es fand ohne Willensregungen statt. Es trat schließlich eine Besserung ein. Es spricht jetzt von psychischer Doppelheit. Zwangsantriebe machten sich deutlich bemerkbar. Im weiteren Verlauf ändert sich das Bild sehr wenig und die Krankengeschichte enthält im wesentlichen nur Reflexionen des Kranken über seinen eigenen Zustand. Aus den Aufzeichnungen Ka. scheinen mir noch die folgenden bemerkenswert. „Stimmungen, Willensregungen usw. werden unsere erst dadurch, daß wir sie akzeptieren. Und ferner . . . . Unvollständigkeit der Persönlichkeit ist sehr unangenehm." Auch die Angabe, daß er mindestens 200 verschiedene Grade des Selbstbewußtseins im Verlaufe der Genesung beobachtet hat, ist hervorzuheben. Dieser Zustand zieht sich mit geringen Schwankungen bis 1906 hin. Doch sind sie in dieser Zeit quantitativ beträchtlich gemindert.

Die klinische Deutung des Falles als Psychasthenie ist wohl unanfechtbar.

Fall 2. Ti., 20 Jahre. Schon als Quartaner neurasthenische Zwangszustände und neurasthenische Beschwerden. Im 14. bis 15. Lebensjahr fühlte sich verändert, es kommt ihm beim Spazierengehen alles umdämmert vor, es ist, als ob er der Welt entrückt wäre. Es war ihm dann, wie wenn ihm ein Fell über den Kopf gezogen würde. Es war, als ob er nichts

[1]) Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. VII—IX.

recht empfinden konnte, er hatte keine Freudegefühle mehr. Hat viel onaniert. Seine Klagen beziehen sich zur Zeit der Untersuchung im wesentlichen auf gemütliche Stumpfheit, es sei alles ohne Gefühlston. Es kommt ihm alles fremd vor. Freude und Trauer fehlen. Er kann sich nichts recht vorstellen. Die Empfindung ist geblieben, das Gefühl fehlt. Der Anblick der Präparate ist ihm jedoch sympathisch. Er kann sich über Nichtigkeiten einen ganzen Tag ärgern. Phantasiegedanken erregen ihn. Unlust und Ekelgefühle kommen immer wieder. Er kann sich nichts richtig vorstellen. Und das Gefühl der Stumpfheit und des „Leeren, Hohlen". Er kommt sich manchmal so vor, wie ein anderer. Er beschäftigt sich etwas, unterrichtet Gymnasiasten. Er ist überaus leicht ermüdbar. Hat beim Handeln das Gefühl des mechanischen. Hat das Gefühl absoluter Leere. „Ich habe das Gefühl, als wenn ich keine Gedanken zu Ende denken könnte." „Ich kann auch keinen Aufsatz schreiben."

Als Diagnose drängt sich wieder auf: Psychasthenie.

Fall 3. Prau, 35 Jahre alt (1906). Philologe. In der Untersekunda mit 15 Jahren zweifelt er an der Realität der Außenwelt und seiner eigenen Existenz, mußte sich betasten. 1892 schwere neurasthenische Erscheinungen. Zwang, sich selbst zu beobachten. Die Wahrnehmungswelt fremdartig, ja vielfach gespenstisch. Gefühl der intellektuellen Unfähigkeit. 1902 teilnahmslos, unfähig sich zu beschäftigen. Musik wirkt gar nicht auf ihn. Er macht seine Dissertation zu einer Zeit, wo er nicht das Gefühl hat, etwas Vernünftiges fertig zu bringen. Er bestritt einen sinnvollen Zusammenhang der einzelnen Partien. Es ist ihm fremd, als ob es ein anderer geschrieben hätte. 1903 klagt er darüber, daß seine Freude und sein Behagen in erster Linie körperlich und erst mittelbar geistig sei. An seinen Arbeiten und Handlungen nehme er keinen inneren Anteil. Klagt über Interesselosigkeit. Ständig kommen Klagen über Gleichgültigkeit, geringer Befriedigung über das Geleistete. Auch im folgenden Jahre ändert sich darin nichts Wesentliches. Aus dem Jahre 1905 scheint mir folgende Äußerung bemerkenswert. „Gefühlslebendigkeit im einzelnen vermisse ich noch immer vollständig. Von einer gehobenen Stimmung, wie man sie bei solch strahlendem Himmel, wie wir ihn heute haben und bei diesem Blühen und Grünen wohl verlangen dürfte, ist keine Rede." Auch in den folgenden Jahren (bis 1906) ändert sich an dem Zustand nichts Wesentliches. Stets kommen die gleichen Gedanken in seinen schriftlichen Äußerungen wieder. Er klagt über Mangel an Interesse, über Mangel an Gefühl. Über Mangel an Überblick und Anschauungsvermögen.

Auch hier kann an der klinischen Diagnose im wesentlichen kein Zweifel sein, es liegt eine Psychasthenie im Sinne Janets vor.

Fall von Löwy.

Es handelt sich um eine 25jährige[1]) (1907) russische Studentin, die hereditär insofern belastet ist, als die Mutter einen der Depersonalisation ähnlichen Zustand durchgemacht haben soll. Im 19. Lebensjahre psychisches Trauma: Sie war anwesend, als ein von ihr geliebter Lehrer sich durch Gift getötet hatte. Zwei oder drei Monate später fühlte sie sich nur Geist. Im wesentlichen bestehen drei Arten pathologischer Zustände. In den angenehmen Zuständen fühlt sie ihren Körper sehr schwer und fühlte ihn doch nicht. „Ich fühlte ihn nicht für mich, sondern nur für ihn selbst." Sie wußte von ihrem Körper, er ging sie jedoch nichts an. Sie zweifelt nicht an ihrer Existenz, weil sie denken konnte. Bisweilen fühlte sie einen Arm oder ein Bein nicht und auf einmal war der ganze Körper betroffen. Oder auch die Hand war wie angenäht. Die Gedanken sind bekannt und wie längst gewesen. Die Gegenstände waren wie mit einem leichten Schleier überzogen. Die Musik wurde abstrakt in Gedanken und nicht in Gefühlen erfaßt. Die Menschen sind ihr fremd. Gefühle spüre sie in diesen Zuständen nicht. Diese Zustände zuerst 1902, bisweilen längere Zeit dauernd. Schließlich mehr in Form von Anfällen, Minuten bis eine Stunde dauernd.

Während der unangenehmen Zustände hatte sie kein Selbstgefühl, wußte nicht, ob sie existierte. Sie fühlt den Körper nicht. Sie denke nicht. Vor dem Spiegel glaubt sie, daß sie eine andere sei. Sie weiß sich als Ursache ihrer Handlungen. Sie denkt aber gar nicht zu sein. Bisweilen ist ihr, als ob sie das vor einigen Jahren Gedachte denke. Auch

[1]) Prager med. Wochenschr. 1908.

jetzt fehlt das Gefühl. Während dieser Zustände hatte sie auch zeitweise Halluzinationen, sah weiße Frauen um sich. Diese Zustände bestehen seit dem Jahre 1903 und dauern bald Stunden, bald Monate.

Daneben bestehen noch gleichgültige Zustände, die ebenfalls tagelang oder monatelang dauern. Sie wisse dann, daß sie existiere, es fehle ihr jedoch das Gefühl geistiger Tätigkeit, sie antworte nur mechanisch. Trotz der Behauptung interesselos zu sein, interessiert sie sich lebhaft für ihre Behandlung, war auch zum Lachen zu bringen.

Diese pathologischen Zustände dauern mit geringen Variationen von 1903 bis 1906, 1906 gibt sie an, viel onaniert zu haben. Sie hält das für eine Teilursache. 1907 berichtet sie brieflich von Wohlbefinden.

Bemerkenswert an dieser Krankengeschichte ist vom psychologischen Standpunkt aus, daß in den angenehmen Zuständen ein Persönlichkeitsbewußtsein erhalten ist, wie wohl sie angibt, nicht zu fühlen.

Klinisch stellt sich der Fall mit Sicherheit als schwere Neurose dar. Es ist bemerkenswert, daß es L. gelungen ist, wahrscheinlich zu machen, daß Verdrängung unangenehmer Erlebnisse im Sinne von Breuer und Freud bei der Entstehung derselben eine gewisse Rolle spielt. In den angenehmen Zuständen, in denen sie sich Geist fühlt, sieht L. mit Recht Beziehungen zu dem erwähnten erschütternden Erlebnis. Ich gehe auf diese Dinge im Haupttext noch näher ein.

Fall von Dupré und Camus.

48jähriger, intelligent. Familienanamnese belanglos. Mit 29 Jahren Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen. Häufig schwere Krisen von neuropathischer Angina pectoris, mit 30 Jahren Überanstrengung. Es fügen sich zu den bisherigen andere sogenannte neurasthenische Symptome hinzu: heftige Kopf- und Rückenschmerzen, Krämpfe in der Speiseröhre und im Pharynx. 1898 ist er 7 Monate in einem Sanatorium, der Zustand verschlechtert sich jedoch nur. 1903 hat er vorwiegend Beschwerden in der Form unaussprechlicher und peinlicher Gefühle, insbesonders in der Gegend des Kopfes, des Halses und der oberen Brust. Sein Gehirn scheint ihm atrophiert und abgeplattet zu sein, wie ein Schwamm. Er fühlt sein Gehirn nicht mehr, kann nicht mehr denken. Hat das Gefühl, nicht mehr zu existieren. Mund und Rachen sind wie unempfindlich, er zieht an der Zunge, beißt sich, kneift sich, grimassiert, schlägt mit der Faust gegen den Kopf, um seine verlorene Empfindlichkeit wieder zu gewinnen. Er fühlt die Luft nicht mehr durch den Hals passieren. Wenn er die Augen schließt, so gibt er an, weiß er nicht mehr, wo seine Glieder sind. Hinzu kommt ständige Angst. Er hört was sich in seiner Umgebung zuträgt, kann aber die Richtung nicht erkennen, woher der Schall kommt. Er kennt und unterscheidet die Objekte, sie erscheinen ihm jedoch häufig vergrößert oder verkleinert. Zeitweise halluziniert er. Der Kranke scheint das optische Vorstellungsvermögen verloren zu haben. Er kann sich Personen und Gegenstände, die er sehr gut kennt, nicht vorstellen, wiewohl er sich an die geringsten Details erinnert. Dieser Zustand läßt ihn an Selbstmord denken. Gedächtnis, Urteil, Ideenassoziation und das Gefühlsleben sind intakt. Die objektive Untersuchung ergibt nichts außer einer Hyperästhesie, die allerdings nur aus den Aussagen des Patienten erschlossen werden kann. Von 1903 bis 1907 treten im Zustand des Patienten keine wesentlichen Änderungen auf.

Ich zögere nicht, diese Beobachtung den Depersonalisationsfällen zuzureihen. Bemerkenswert ist das Freibleiben von Störungen des Gefühls. Die klinische Diagnose des Falles stößt auf große Schwierigkeiten. Wir haben es wieder mit einem Zustand zu tun, der jahrelang andauert. Nichts spricht für manisch-depressives Irresein. Hingegen muß die Möglichkeit einer Dementia praecox ernsthaft erwogen werden. Es spricht jedoch gegen diese Annahme der Mangel an intellektueller Einbuße. Ich verweise übrigens auf meinen Fall 10, der in sehr vielfacher Hinsicht ein genau entsprechendes Krankheitsbild bietet.

Fälle von Löwenfeld.

25 Jahre alt, nicht belastet, mit 12—14 Jahren Globusgefühle, mit 16 Jahren Angstzustände, mit 22 Jahren Magenbeschwerden. Später Angst vor Schlaganfall und Angst keine Gedanken zu finden. Zwangsgedanken. Ist tagelang wie im Traum, das Ichbewußtsein ist halb in ihr eingeschlafen, die eigene Person kommt ihr fremd und verändert vor, sie ist im Zweifel, ob sie noch dieselbe sei wie früher. Gleichzeitig Angst, der Denkprozeß schien ungestört, die Umgebung schien wie von einem Schleier bedeckt, das Gefühl des Traumartigen führte zu zwangsmäßiger Beobachtung (Fall 6).

Es handelt sich wohl um Psychasthenie.

34jährige Patientin, die an Gliosarkom leidet, hat neben epileptischen Anfällen und hemiplegischen Erscheinungen Traumzustände meist im Zusammenhange mit Angstzuständen. Gefühl als sei sie selbst nicht reell und als sei sie selbst nicht wirklich vorhanden, der Zustand ist sehr unangenehm, Löwenfeld selbst denkt in diesem Fall an eine komplizierende Hysterie. Ich möchte die Angst mit den Traumattacken doch auf die Epilepsie (vgl. hierzu Pick) also mittelbar doch auf den Tumor beziehen. Anderesteils hätte ja eine Psychoneurose auf Basis eines organischen Hirnleidens auch nichts Auffälliges (Fall 12).

Im übrigen sei noch referiert Anfälle von Herzklopfen bei einem 29jährigen. Die Hauptklage über Gefühl des Fremdartigen, das ihn belästigt. Es ist ihm, als ob er allein stünde, die eigenen Kinder sind ihm fremd, das Zimmer engt ihn ein (Fall 1).

Ein 15jähriger hat das Gefühl, als ob der Körper ganz leicht wäre. Als ob seine Mutter nicht sie selbst wäre, Fremdheitsgefühle gegenüber der Umgebung (Fall 2).

Einer 54jährigen kommen die Straßen Münchens neu vor, der Zustand ist angenehm (Fall 3).

Zeitweise erscheint einer 40jährigen die Umgebung verändert (Fall 4).

Bei einer 27jährigen, Angstzustände, Gefühl der Fremdheit, traumhafter Zustand (Fall 5).

Ein 20jähriger, der intellektuell nicht vollwertig ist, klagt, er sei nicht ganz bei sich, sehe das Gegebene nur als Vision, seine Erinnerung sei bloßer Gedanke, das Sprechen ist mechanisch, ohne Anteil des Gehirns und Bewußtseins. Das Gehirn ist wie tot. Er macht aber seinen Dienst als Schreiber während dieser Zeit (Fall 8).

Fall 7, 9, 10, 11 bringen nichts prinzipiell Wichtiges.

Fall von Hirt[1]). (Identisch mit dem Fall 8 Löwenfelds).

Ratlos. Eigenartig läppisches Benehmen, Angstattacken. Ist wie im Traum. Die Individualität sei sonderbar, das Bewußtsein sei gemindert. Die Tastgefühle sind nicht wirklich. Es ist als ob er tot und außer Funktion gesetzt sei, es ist ein provisorisches Existieren. Dazu das intensive Gefühl („keine Einbildung!"), als wolle im nächsten Moment das Bewußtsein schwinden. Er schwanke wie ein Betrunkener, das Erinnern sei wie ein Gedanke, das Handeln ist automatisch. „Obwohl ich sehe, ist es als sei ich blind." Beginn mit kurzen Attacken, erst dann der chronische Zustand.

Hirt plädiert für Zyklothymie. Ich verweise auf den Haupttext, es wird schwer sein, die Psychasthenie in unserem Sinne auszuschließen.

Fälle von Hesnard.

Fall 5. Ml., 19 Jahre, Student. Großeltern mütterlicherseits nervös. Der Vater unintelligent, mit grundlosen Erschöpfungszuständen und Depressionen melancholischer Färbung. Die Mutter leidet an Zwangserscheinungen und Angstzuständen. Hatte als Kind Angstzustände, wenn er seine Mutter verlassen sollte. Mit 6 Jahren Zwangsantriebe, seine Mutter durch schlechtes Betragen zu betrüben. Mit 8 Jahren Masturbation zunächst ohne Reue, dann mit zwangshafter Reue. Angstzustände bei der ersten Kommunion. Heftige Zwangserscheinungen, wollte Priester werden. Zeitweise, Momente einer hohen Glückseligkeit gegründet auf religiöse Ideen. Schüchtern, die Einsamkeit liebend, geneigt zur Träumerei und Selbstbeobachtung. Vor Frauen auch späterhin Abscheu. Im Anschluß an angestrengte Examenarbeit nervöse Erscheinungen von seiten des Herzens und von seiten der

[1]) Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909, Bd. 20.

Verdauungsorgane und Schwindelanfälle. Zeitweise fühlte er sich plötzlich sonderbar werden und ist verwundert über seine Umgebung. Alles scheint sich ihm zu entfernen, es wird leer um ihn. Die Personen handeln vor ihm, wie Marionetten, er versteht sie nicht. „Zu gleicher Zeit habe ich das Gefühl, das ich nicht berühre und fühle wie sonst."

„Was machen diese Leute, wer sind diese Personen, in denen ich gleichwohl meine Eltern und meine Freunde erkenne, die mit mir sprechen und denen ich antworte? Plötzlich, wenn ich mit jemanden spreche, wird dessen Angesicht sonderbar und neu, wie wenn ich ihn nicht kennen würde, seine Augen, seine Nase scheinen ihre Form und Konturen zu verlieren und sich zu verflachen. Die Proportionen sind verändert, wie wenn sie zu gleicher Zeit nur wenige Zentimeter und mehrere Meter entfernt sind. Das Leben berührt mich gar nicht, die Landschaft, die Objekte rufen keine Freude hervor wie früher." Auch seine eigene Person erscheint ihm sonderbar, die Beine gehen allein, er hat keinBewußtsein, daß er sie in Bewegung setzte. Er wunderte sich, beim Gehen nicht zu straucheln. Er hatte Momente von Zerstreutheit, während welcher er an eine Menge von flüchtigen und unnötigen Dingen dachte, die sich mechanisch in seinem Geist aneinanderreihten und an deren Vorübergleiten er als unbeteiligter Zuschauer Anteil hatte. Wenn er dann plötzlich zu sich zurückkehrte, trat Angst ein in der Form von Platzangst. Er hatte ein Gefühl des Leeren im Kopf. Er glaubte zeitweise verrückt oder hysterisch zu werden, insbesonders nach einer reichlichen Mahlzeit. Es überkommen ihn ungeordnete Gedanken, die sich ohne sein Zutun aneinanderreihen. „Hier ist ein abmontiertes Rad; alle Speichen kreuzen sich, bevor sie zur Achse kommen und bilden miteinander spitze Winkel. Aber diese spitzen Winkel haben als Komplement wieder spitze Winkel, welche zwischen den ersten und der Achse gelegen sind. Die Achse dreht sich mit den Strahlen; nein, doch die Achse dreht sich nicht, das ist die Nabe, welche ein Stück Stahl ist, die Achse existiert nicht, das ist eine mathematische Linie, die senkrecht steht zur Ebene des Rades und diese ist durch die Speichen begrenzt. Sie ist bestimmt durch 40 gerade Linien, aber das ist nicht notwendig, es genügen schon zwei Linien, um eine Ebene zu bestimmen. Und um sie zu begrenzen? Ja zwei $r\pi$ stellen die Länge der Felge vor oder exakter den theoretischen Umfang des Kreises. Kommt man so dazu, die ideale Linie nach der Betrachtung natürlicher Linien zu bestimmen, wie in der Theorie Spencers über den Ursprung der Mathematik in der Erfahrung und Induktion? In jedem Falle besteht ein großer Unterschied zwischen dieser Überlegung und der mathematischen, die vom Allgemeinen zum Besonderen fortschreitet . . ."

Wenn er denke, so könne er auf den Lauf seiner Ideen keinen Einfluß nehmen und er glaubt es nicht selbst zu sein, der sie hervorruft, denn sie sind ihm unangenehm, bringen ihn zum Schwitzen und rufen einen kalten Schauer längs der Wirbelsäule und Herzklopfen hervor. Auch was er spricht, scheint ihm nicht von ihm selbst auszugehen, die Worte scheinen ihm aus der Kehle eines anderen zu kommen. Gleichwohl kauft er ein, bezahlt sein Geld richtig, was ihn sehr wundert. Er kommt zu den Gedanken, daß nicht er das tut, er denkt an etwas anderes. Vielleicht ist es sein unbewußtes Ich, das handelt, während er denkt. Diese Störungen kommen ihm anfallsweise vorwiegend nach deprimierenden Eindrücken. Er hält sein Gehirn für geschwächt. Die objektive Untersuchung ergibt, daß sein Gedächtnis während der Anfälle etwas geschwächt ist. Er erinnert sich nicht an jüngst vergangenes, auch das Hervorrufen älterer Dinge ist erschwert. Willenlosigkeit, gleichzeitig mit dem Gefühl geistiger Trägheit, schmerzhafte Unaufmerksamkeit. Intellektuelle Arbeit ist möglich. Die objektive Untersuchung des Körpers ergibt Abnormitäten des Gaumens und der Zähne, Prognathismus und zwei Haarwirbel.

Diese Beobachtung ist in doppelter Hinsicht lehrreich. Klinisch, weil sie gar nicht den Gedanken an eine manisch-depressive Störung aufkommen läßt, psychologisch wegen der eigenartigen Denkstörung: Eine Ideenflucht, in der das Individuum nicht ganz enthalten ist.

Fall 21. 23jähriger Seminarist. Großvater eigenartig, Vater schweigsam und unintelligent. Die Mutter psychopathisch, zeitweise hysterische Anfälle. Phobien und Obsessionen. Mit 19 Jahren geistige Überanstrengung, hierauf neurasthenischer Zustand und ausgesprochene gastrische Beschwerden. Er ist hypochondrisch, hat alle möglichen körperlichen Beschwerden. Er ißt ständig, um sich zu kräftigen. Zeitweise glaubt er von sich entfernt zu sein von seinem Körper und seiner Person. Es scheint ihm, wie wenn er außerhalb, oberhalb und unterhalb seiner selbst wäre. Insbesonders nachmittags hat er das plötz-

liche Gefühl, wie wenn ein anderer seinen Körper bewohnte. Seine Arme und Beine, sein Rumpf erscheint ihm fern zu sein, der ganze Körper erscheint ihm leer. Je mehr er sich sucht, desto mehr verschwindet er, wenn er spricht, glaubt er einen anderen zu hören, die Welt ist sonderbar fern von ihm. Er hat sich eine eigene hypochondrische Psychologie zurechtgelegt. Somatisch: Magenerweiterung.

Die klinische Diagnose lautet Psychasthenie.

Fall 25. X., 15 Jahre. Familienanamnese belanglos. Leicht erregbar, nächtliches Aufschrecken, Zwangserscheinungen seit dem 12. Jahr. Seit einiger Zeit hat sie das Gefühl, nicht mehr zu existieren und tot zu sein. Jammert, daß sie nicht mehr sie selbst sei. (Das Ganze im Anschluß an Aufregung). Klinische Diagnose: Psychasthenie.

Fall 27. (Nach Regis). Ein 37jähriger Priester mit neurasthenischen Beschwerden klagt alles sonderbar zu finden, die Ideen sind, wie fern, die Erinnerungen kommen automatisch. Er erkennt sich beim Reden und Handeln nicht.

Fall 29. (Nach Regis). Eine Frau, die seit langen Jahren neurasthenische Beschwerden hat, klagt, mehrere Ideen zu haben, die sich gegenseitig bekämpfen. Sie verliert die Kenntnis der Dinge der Umgebung. Sie ist nicht mehr die gleiche wie früher, sie sieht zwei Personen in sich, die eine aus der Vergangenheit, die eine aus der Gegenwart, zeitweise sprechen mehrere miteinander.

Fall 31. Ein 36jähriger mit hypochondrischen Klagen gibt an, er handle, wie ein Automat, fürchte das Gedächtnis zu verlieren. Seine Erinnerungen sind vage unbestimmt, schlecht lokalisiert, er fragt sich, ob sie ihm oder einem anderen gehören, es ist nicht er selbst der sich erinnert, er findet sich schlecht zurecht, Orte, die er oft gesehen hat erscheinen ihm neu. Wenn er die Augen schließt, findet er sich besser zurecht. Er glaubt, stets wie ein Automat gelebt zu haben.

Das, was an diesem Fall bemerkenswert ist, ist die völlige Identität der Orientierungsstörung mit derjenigen des Wilbrandschen Falles.

Fall 33. (Nach Regis). Eine 30jährige mit Zwangserscheinungen klagt sie sei doppelt, es seien zwei Personen in ihr. Das vernünftige Ich, welches ihre Zwangsbefürchtungen richtig beurteilt und das kranke, welche das andere Momente hindurch ersetzt — im Moment der ängstlichen Krisen.

Fall 36. Ein Gärtner mit Zwangserscheinungen, der dagegen ankämpft und der sich zufolge seiner Zwangserscheinungen als verdoppelt bezeichnet.

Fall 43. Einem 23jährigen erscheint die Umgebung seltsam und bizarr. Er hat Zwangsvorstellungen metaphysischer Art. Während dieser Hitzegefühle Gefühl der Leere und der Unvollständigkeit des Fühlens. Die andern kommen ihm wie Idioten vor. Schließlich Zweifel über die Existenz der Welt.

Fall 47. (Nach Regis). DB., 33jährig, aus einer nervösen Familie leicht erregbar. Mit 18 Jahren schwerer Scharlach. Im Anschluß an den Tod des Vaters ein neurasthenischer Zustand, schläft immer unruhig, träumt Trauriges mit dem Bewußtsein, es sei ein Traum. Es sind zwei Personen in ihm, eine die ruht und träumt, eine andere die sie beobachtet und die Furcht hat ihn aufzuwecken. Sie hört auch bisweilen den Gang der Uhr, fühlt die Decken, gleichwohl schläft sie und ist nicht erwacht. Sie schläft mit dem „halben Gehirn". Morgens Gefühle der Depersonalisation „Ich komme mir sonderbar vor, höre mich sprechen wie eine Person, die mit mir spricht, ich kann nicht aufwachen und gleichwohl schlafe ich nicht vollständig". Morgens fühlt sie sich wie zerschlagen.

Fall 50. Cf., 51 Jahre. Großvater väterlicherseits exzentrisch und anscheinend psychasthenisch. Der Vater an Apoplexie gestorben, Mutter nicht geisteskrank. Der Patient hat ein gesundes Kind, muß zeitweise angestrengt arbeiten. Im Anschluß an die Anstrengungen allmählich nervöse Beschwerden, die sich sechs Monate vor der Aufnahme, durch Verkühlung, Unfall und anstrengende Krankenpflege verschlechterten. Er ist niedergeschlagen und entmutigt, hält sich für verloren. Der Gesichtsausdruck mehr apathisch als traurig. Seine Ideen seien ungeordnet „Alles ist verwischt, ich erkenne nichts, ich verwechsle alles, alles kommt und geht in meinem Gehirn, ich denke an einen Haufen lächerliche Dinge, die sich verwirren und ich bin da, um sie wie ein Geisteskranker vorbeiziehen zu lassen. Ich denke an alles und nichts. Ich bin nicht mehr bei der Arbeit noch bei dem, was ich

spreche und erkenne meine Ideen nicht mehr, ich habe Angst verrückt zu werden." Er hat Zwangsideen beachtet zu werden. Er hält sich für doppelt, die eine Person denkt, die andere betrachtet. Er hat den Eindruck, nichts wieder zu erkennen und glaubt Erinnerungen nicht wieder zurückrufen zu können. Seine Erinnerungen sind traumhaft. Objektiv fehlen Erinnerungsdefekte. Er vergißt, was er gegenwärtig erlebt, notiert sich alles in ein Taschenbuch. Er weiß nicht, ob er zu Mittag gegessen hat und verkennt die Zeit. Bisweilen findet er sich an bekannten Orten nicht zurecht, er orientiert sich erst, wenn er die Augen schließt. Wenn er an seine Desorientierung denkt, so tritt sie von neuem ein. Es kommen auch Angstanfälle. Wenn er etwas als ganzes begreifen soll, und eine Synthese vollziehen soll, fühlt er sich gestört. Er schweift ab, zwingt er sich zur Aufmerksamkeit so kommt Angst. Geistige Arbeit ermüdet ihn. Er hat Furcht zu wollen und meidet Entscheidungen. Es fehlt ihm die innere Kraft. Die Anspannung erscheint ihm unmöglich. Urteile und Überlegung und logische Funktionen sind ungestört. Alles außer ihm und in ihm erscheint gelockert. „Die Objekte scheinen fern, dunkel und nebelig wie im Traum. Ihre Formen haben sich geändert, sind neu, ihre Konturen, ihre Dimensionen erfüllen mich mit Verwunderung, sie sind nicht mehr die gleichen und gleichwohl erkenne ich sie sehr gut, sie haben sich nicht geändert. Ich bin es vielmehr, der sich geändert hat . . . . . ich habe nicht mehr eine richtige Wahrnehmung des Raums, ich weiß nicht mehr die Distanz, die mich von ihnen trennt und trotzdem sehe ich sehr gut, daß es zwei Meter sind." Er kommt sich vor, wie wenn er schielte, die Stimme erscheint ihm seltsam. Auch wenn er laut spricht, kommt die Stimme nur leise nach außen, er ist, wie ein anderer. Das Leben hat für ihn das Interesse verloren, aber er hat seine Affekte erhalten, er liebt sein Kind, seine Familie, wie früher und zeigt keine Indifferenz. „Wenn ich handle und gehe, so beachte ich mich selbst, wenn ich gehe, es ist wie eine Maschine." Er verdoppelt sich ständig. Er hat eine Reihe neurasthenischer Beschwerden. Schmerzen in den verschiedensten Körpergegenden. Ameisenlaufen, Gefühl des Zerrens in der linken Körperhälfte. Körperlich finden sich Zeichen der Arterioklersose.

Fall 51. C., 51jähriger Koch, keine Nervenkrankheiten in der Antezendenz. Mit 30 Jahren asthenische Zustände, Schwäche der Glieder, Apathie, Herzklopfen. Er hat zwei gesunde Kinder.

Im Anschluß an Influenza allgemeine Prostration und leichter Kopfschmerz. Drei Monate später Zunahme der Erscheinungen. Nach kurzdauernder Besserung stärkere nervöse Beschwerden, Zittern der Hände und der Zunge. Der allgemeine Eindruck ist der der Ermüdung und Apathie. Er kann sich nicht entschließen, allein zur Sprechstunde zu kommen. Er versichert, weniger zu denken als früher. Die Gedanken stünden plötzlich still, seine Ideen sind weder traurig noch fröhlich, er beklagt sich über Abschwächung des Gedächtnisses. Er weiß nichts von der Zeit, weiß nicht, ob er gegessen hat. Seine früheren Erinnerungen sind jedoch erhalten, erscheinen jedoch zum Teil traumhaft. Das Suchen nach Erinnerungen verursacht Angst. Er rechnet langsam und unter Beängstigung. Zeitweise denke er an nichts. Er hat keine Freude mehr am Leben, ist entmutigt, äußerst hypochondrische Befürchtungen. Als er nach der Influenza aufstand, fühlte er sich gleichzeitig apathisch und beängstigt, etwas in seiner Umgebung sei verändert. Er erkenne alles, aber sie scheinen nicht in seiner Umgebung zu sein. „Ich bin nicht ich selbst. Wer bin ich? Ich bin sonderbar, nicht ich, ein anderer ist in meinem Körper. Ich fühle meinen Körper, aber er ist irgendwo anders und weit weg." Nicht er selbst spreche, er wisse nicht, ob er hier oder dort rückwärts stehe. Er gehe mechanisch. Er glaubt nicht mehr denken zu können, sein Kopf sei leer. Er glaubt sich außerhalb seines Körpers. Er hat häufig Todesfurcht. Er weiß im Grunde, daß er er selbst ist. Am unangenehmsten ist sein Zustand des Morgens. Er trifft keine Entscheidungen. Auf der Straße fühlt er sich meist besonders beängstigt. Die körperliche Untersuchung ergibt Zeichen der Arteriosklerose.

Fall 53. 47jährige Frau. Vater Alkoholiker, Mutter nervös. Nach der zweiten Schwangerschaft neurasthenischer Zustand leichten Grades, Dauer drei Monate. Sie klagt gegenwärtig, daß im Gedächtnis nichts hafte, daß ihre örtliche und zeitliche Orientierung mangelhaft sei. Es treten Zwangsbefürchtungen unter heftiger Angst auf. Sie fühlt sich zu ihren Zwangsbefürchtungen gezwungen, und hat das Gefühl der Verdoppelung.

Fall 54 (Regis). Ein 25jähriger Arithmomane. Seit dem 10. Lebensjahre krank. Er fühlt sich jetzt zeitweise verdoppelt und fühlt sich auch während des Sprechens und Handelns als Automat.

Fall 55. 45jährige mit Zwangsvorstellungen seit 30 Jahren insbesonders dann, wenn sie Messer sieht. Seit mehreren Jahren erinnert sie sich nicht mehr an jüngst Vergangenes, sie fühlt sich apathisch und scheut Entscheidungen, zeitweise erscheint ihre Stimme fremd und ihre Sprache, ihr Gehen ist mechanisch.

Fall 57. Ein 21jähriger Student, nicht wesentlich belastet. Seit einiger Zeit religiöse Skrupel. Er klagt, kein Interesse an religiösen Dingen zu haben und das Wort Gott, ohne Glauben auszusprechen. Er versucht seinen Glaubenseifer wieder zu gewinnen, aber es gelingt ihm nicht. Seine Stimme kommt ihm fremd vor, ebenso sein Handeln. Er erkennt sich nicht im Spiegel. Sein Denken schweift unwillkürlich ab. Er ruft nicht selbst seine Gedanken hervor, seine Gedanken haben profanen, tempelschäderischen und schlüpfrigen Inhalt, dabei Pseudohalluzinationen. Er sieht sich selbst in Situationen, die das Schamgefühl verletzen. Er glaubt sich zu verdoppeln und seiner eigenen Verdammung beizuwohnen. Er hört sich ruchlose Worte aussprechen und dreht sich um, ob die anderen an seiner Seite nichts gehört haben. Er ist im allgemeinen sehr wenig affektiv erregbar.

Fall 65. Eine 36jährige mit epileptischen Anfällen. Die ersten mit 26 Jahren. Die Anfälle beginnen plötzlich mit einem sonderbaren Gefühl. Sie glaubt plötzlich von einem Alptraum erfaßt zu sein, erwacht scheint ihr die Welt unwirklich zu sein, sie selbst ist fern von ihr. Sie fühlt sich verschwinden und erkennt sich nicht mehr selbst, dann hat sie ein Gefühl des Würgens, Hitze- und Kältegefühle. Diese Sensationen können als Äquivalent auftreten, sie können auch dem Anfall vorausgehen.

Fall von Försterling.

26jähriges Mädchen. Vater des Bruders mit 15 Jahren durch Suizid geendet. Ein anderer Bruder geisteskrank. Schon in der höheren Töchterschule zeitweise merkwürdig. Seit 1908 Neigung zu Selbstvorwürfen, glaubt dem Teufel verschrieben oder auch der Teufel selbst zu sein. In ihrem Verlobten sah sie den Teufel. Gibt 1909 an „Ich bin tot, mein Körper führt nur noch ein Scheinleben." Jammert, sie sei der Teufel. Mit geringen Schwankungen dauert der Zustand bis Juli 1909. Auffällig sind gegen das Ende dieser Beobachtungszeit hin rasche Schwankungen der Stimmung. Am 20. Nov. 1909 (nach kurzem Aufenthalt zu Hause wieder erregter). In ihrem Körper sei kein Leben, sie sei der Teufel. Die Leute ihrer Umgebung seien ihre Opfer, die sie verrückt gemacht hätten. „Hätte ich meinen Bräutigam nicht kennen gelernt, würde ich noch leben." Ängstlich verzerrte Mimik. Am 30. Nov. 1909 gibt sie an, in der Zeit vom November 1908 bis Weihnachten 1908 (Zeit der Aufhebung ihres Verlöbnisses) sei alles in ihr abgestorben. Jetzt sei die Welt so grau, sie könne sich über nichts mehr freuen. Es tät ihr jetzt so furchtbar leid, daß sie nicht mehr ins wirkliche Leben zurückkönne. In ihr sei alles ausgebrannt. Auch im folgenden Jahre persistieren die Ideen. Doch ist auffallend, daß sie zeitweise interessiert, ja vergnügt und heiter ist. Spricht man über ihre Krankheit, so hält sie an ihren Ideen fest. Erst Oktober 1910 ist Krankheitseinsicht vorhanden. Vier Monate vor ihrer Entlassung schrieb sie einen Selbstbericht, aus dem bemerkenswert ist: Zu Beginn, als ihr der Teufel am Herzen herumzerrte, meinte sie Welt und Sonne untergehen zu sehen. „Es wurde ganz finster um mich und ich rief: Was ist das denn nur, ich verliere euch ja alle, denn ich merkte, wie mir plötzlich meine Lieben . . . . . innerlich verloren gingen." Sie merkte auch, wie sie sich immer mehr von den Menschen entfernte. Sie versuchte Mensch zu sein, aber es war nur noch eine Erinnerung, sie tat Dinge, von denen sie glaubte, Menschen Freude zu machen, aber sie machte sie ohne das richtige Gefühl. Im weiteren Verlauf fühlte und empfand sie nichts mehr, keine Liebe, keine Wärme. Sie hörte Musik, hörte, daß sie schön war, empfand sie aber nicht mehr. Ich wollte Empfindungen herbeizerren, ich konnte es mit wachen und geschlossenen Augen versuchen, ich erreichte nichts damit als die unendliche kalte Leere. Das ganze Leben kam ihr wie Theater vor. Sie habe auch niemals Hunger, niemals Durst. „Stets würgt mich etwas in der Kehle, auch wenn ich lache oder singe. Ihr Leben sei nur nutzlose Bewegung der toten Glieder. Sie empfinde ihre Figur verändert. „Mir ist alles Theater, was die Menschen mir vorleben und ich bin so etwas verkehrtes, daß ich mich in Brasilien ebenso heimisch fühlen würde, wie zu Hause." In dem Selbstbericht finden sich ferner, insbesonders dort, wo er den Beginn der Erkrankung schildert, eine Reihe von wahnhaften Vorstellungen, Verfolgungsideen und phantastische Ideen im Sinn populärer Vorstellungen von der Hölle.

Försterling diskutiert eingehender die klinische Zugehörigkeit dieses Falles. Er kann sich weder für manisch-depressives Irresein noch für den Dementia praecox entscheiden. Gegen Melancholie scheint ihm das Fehlen objektiver Hemmungen zu fehlen. Er reiht den Fall den Beobachtungen Juliusburgers an, will aber diese nicht der Dementia praecox-Gruppe zuteilen, da seiner Ansicht nach die Psychogenität bei der Dementia praecox nur eine geringe Rolle spielt, während in diesen Fällen die psychogenen Züge deutlich sind. Hysterie wird jedoch nicht angenommen, da Amnesie fehlt. Jedenfalls wird psychogene Disposition angenommen. Mit Recht wird darauf verwiesen, daß ein psycho-sexuelles Trauma bei der Patientin eine Rolle spielte. Im wesentlichen wird man sich den diagnostischen Bewegungen des Autors anschließen können. Bemerkenswert erscheinen mir an diesem Falle vor allem die echten Wahnideen und die raschen Stimmungsschwankungen.

Fälle von Kutzinski.

Fall 7. H. Sch., 28 Jahre, hat viele Aufregungen infolge einer Verlobung. Seit jeher Suizidgedanken, Zwangsvorstellungen. 1908 Depressionszustand, 1909 sehr religiös. Bei der Aufnahme 1910 Weinanfälle, Interesselosigkeit, sah sich selbst schreiend und laufend. Sehe sich, wenn sie allein sei sinnlich deutlich. Es ist, als ob alles abstirbt und zurückweicht, sie sieht sich umherrennen und mit den Fäusten gegen den Kopf schlagen. Sie weiß dann nicht, wo sie ist, und erkennt sich im Spiegel nicht. Klagt auch, daß in Angstzuständen der Ausdruck der Kranken verzerrt sei. Sie klagt über abnorme Nachwirkung von Erinnerungsbildern.

Fall 8. Klagt, sie fühlte Wärme, Kälte nicht, habe keinen Geruch und keinen Geschmack. Bei der Aufnahme 1908 30jährig. Die Gesichter der Menschen verzerrt, es ist auch, als wenn die Menschen an Größe wechselten. Zeitweise Zustände, in denen es wie ein Nebel vor den Augen ist. Ist wie abgestorben, ist interesselos. Sie hat oft das Gefühl, als ob alles in weiter Ferne liege und mit einem Male verschwinde.

Fall 11. 34jährige Patientin mit Zwangsvorstellungen, Depression und hypochondrischen Vorstellungen. Klagt, sie könne nicht denken, der Kopf sei leer, Denken, Fühlen und Wollen sei auf ein Mindestmaß beschränkt. Das geistige Leben sei abhanden gekommen. Die Stimmen der Bekannten und alles übrige zöge an Ohr und Sinnen vorüber, als ob es ihr nichts anginge. Zahlreiche hypochondrische Klagen. Beschäftigt sich immer mit ihrer Krankheit.

Die übrigen Fälle bieten zum Teil nichts Wesentliches, zum Teil zeigen sie nur einzelne Symptome der Depersonalisation.

Fälle von Heveroch.

Heveroch gibt den gleichen Fall wieder wie Pick. Es sei noch folgendes ergänzend angeführt. Vater und Großvater des Kranken sind hypochondrisch. Die beiden Schwestern jähe sensitive Charaktere. Eine Cousine leidet an Hysterie, ein Cousin an Morphinismus und Depression. Der Kranke lernte in der Schule schlecht, war auch dann nicht recht erfolgreich, war menschenscheu, zeitweise gedrückte Stimmung, zu heftigen Zornaffekten geneigt, fleißig und naiv. In letzter Zeit unbegründet eifersüchtig. In der Jugend Schmerzen in der Schläfe. Im 24. Lebensjahr Magennervosität. Mit 40 Jahren plötzlich das Gefühl eines Schlages auf den Kopf, Ohrensausen und Schwindel. Nach einem Jahr neuerdings Schwindelanfälle. Im Anschluß daran drei Wochen wegen Schwäche bettlägerig. Arbeitet nicht, hatte Angstgefühle. Mit 42 Jahren Klagen über Abstumpfung, Unvermögen einen Gedanken zu fassen und ungenügende Vorstellungsfähigkeit. Während einer Szene zwischen ihm und seiner Frau hatte er plötzlich wieder das Gefühl, als würde jemand einen Schleier über sein Gehirn breiten. Mit 44 Jahren (nach dem Aufenthalt in der Klinik vom Prof. Pick) verfaßt er einen Selbstbericht. Er gibt an, daß er nach seinem ersten Aufenthalt die Empfindung des Körpers, vornehmlich jene des Sehens vergessen habe. „Ich habe vergessen, was das Sehen ist, ich

konnte auf keine Weise das Gefühl des Sehens erlangen." Er hatte aber damals, wie er ausdrücklich angibt, Heimatsgefühle und Gefühle für Weib und Kinder. Als er von einem Landaufenthalt zurückkehrte, fiel er infolge eines Mißverständnisses mit seiner Frau in den früheren Zustand zurück. Als er am Nachmittag des folgenden Tages im Geschäft war, „umschleierten sich plötzlich meine Gedanken, ich taumelte . . . . . und stürzte aufs Lager hin; meine Liebe zum Weibe, für die Natur ist wieder verschwunden." „Als ich mich ein wenig erholt habe, sah ich meiner Frau in die Augen, doch wehe, ich mußte fliehen, eine unsichtbare Macht bannte mich aus der Nähe ihres Blickes. Seit dieser Zeit büßte ich von neuem die Liebe zu aller Welt ein, die Liebe zur Natur und zum Weibe und zu den Kindern war dahin." In der Klinik habe ihn der Gedanke beherrscht, er tue alles maschinenmäßig und denke nicht. Nachts habe ihn das lebhafte Bild seiner Frau in den Armen eines fremden Mannes gequält. Tagsüber sei er wieder wie betäubt gewesen. Er sei von einer „stupiden Gleichgültigkeit" gewesen. „Tagelang saß ich nun starr wie eine Sphinx zu Hause, ich verlor den Willen, ja sogar die Kraft herumzugehen. Nur der Gedanke an Abstumpfung beschäftigte meinen Sinn. Mein Kopf, meine Seelenprozesse bildeten immerwährend den Inhalt meines Denkens . . . . ." Auch in der Klinik des Beobachters kam er sich heimatlos und verlassen vor wie Kain. „Ich büßte mein Seelengefühl ein, was noch schrecklicher ist als die Krankheit selbst, der Mensch lebt und lebt nicht." Handeln und sprechen verrichtete er automatisch. „Beim Schreiben und Rechnen fliegt mir der Bleistift nur so hin. Der Gedanke zu schreiben kommt mir von selbst ohne vorhergehenden Entschluß. Meine Gedanken keimen dabei so schnell in mir auf, daß ich ihnen nicht folgen kann, aber umgekehrt über etwas länger nachzudenken, vermag ich nicht, alles schwindet mir gleich aus den Sinnen und der Körper ist wie in starken Nebel gehüllt." Er sei gleichgültig, interesselos und sei sich seines Lebens nicht bewußt, sei wie ein Stück Holz, wie ein Schatten. Alles komme ihm längst vergangen vor.

Die Nachträge Heverochs sind deswegen bemerkenswert, weil sie wieder zeigen, wie sehr den Äußerungen dieser Kranken etwas Künstliches und Theatralisches innewohnt. Wieder tritt die Neigung entgegen, sich selbst darzustellen. Auch ist die geistige Störung verständlich als Reaktion auf eine überschwängliche nicht voll erwiderte Liebe zu seiner Frau. Schließlich sei noch der etwas remittierende Verlauf vermerkt.

Die 26jährige K. fühlt sich seit 10 Jahren verändert. Die Gedanken sind unklar, sie ist sich nicht bewußt, wer sie ist, hat weder das Bewußtsein ihrer Person noch ihrer Existenz. Im Kopf ist ein Gewirre von Gedanken. Die Gedanken sind auch außerhalb des Kopfes. Wenn sie spreche, sei es, wie wenn nicht sie selbst spreche. Was sie früher freute, freut sie jetzt nicht. Vor ihrer Erkrankung sei sie heiter gewesen.

Eine Patientin mit neurasthenischen Klagen, 33 Jahre alt, klagt, der Kopf werde ihr schwer, die Augen starr, so daß sie nicht sehe. Die Menschen schienen eine andere Körpergröße anzunehmen. Beim Lesen verwirrten sich die Worte. Zuweilen seien die Ohren wie mit einer Haut überzogen, die Töne klingen durchdringender, die eigene Stimme und die der anderen klingen fremd. Die Personen ihrer Umgebung, die Stadt, in der sie lebt, erscheinen ihr verändert. Sie ist wie auf einer anderen Welt. „In ihrer Vorstadt verirrte sie sich einigemal." Sie komme sich nicht wie lebend vor, sei wie im Traume, habe nicht ihren eigenen Körper, ihre Persönlichkeit sei verändert, Gegenstände und Personen verkleinert. Bei Blutandrang gegen den Kopf sieht sie sich selbst und andere vergrößert. Familienanamnese und Vorgeschichte belanglos.

Der 30jährige Realschulprofessor geriet vor seiner Hochzeit mit seiner Braut in Streit. In der Nacht wurde er unruhig, vermochte sich nicht zum Bewußtsein zu bringen, daß er selbst es sei, der hin und herlaufe. Er lief hinaus, um sich selbst zu finden. Berührte Gegenstände, um sich ihrer und seiner eigenen Existenz zu vergewissern. Sein Vortrag in der Schule sei automatisch. In Gesellschaft habe er das Gefühl, als wäre er nicht beteiligt. Er sei gleichgültig und fühle sein ausführendes Ich kontrolliert. Er leidet auch an Zwangsgedanken. Familienanamnese belanglos.

An dieser Beobachtung ist wieder der unmittelbare Anschluß an ein psychisches Trauma bemerkenswert.

Eine 29jährige Lehrerin, die vor 4 Jahren eine Melancholie durchgemacht hatte, klagte, sie sei wie eine Maschine, ohne Willen und Bewußtsein. Sie sei nicht mehr so rege wie früher, fühle weder Freude noch Kummer, habe kein Gefühl für Eltern und Bruder.

Drei weitere Beobachtungen sind nur kurz mitgeteilt und bringen nichts Wesentliches.

Fall 1[1]). 26jährige Frau, die darüber erschrak, daß ein Liebespaar sich vom Zuge überfahren ließ, muß sich die Szene zwangsmäßig vorstellen; denkt an den Tod, Zwangsimpuls, sich überfahren zu lassen. Alles kommt ihr wie tot vor, scheint ihr verdunkelt und vernichtet zu sein. Ihr Handeln ist zwecklos, die Kinder kommen ihr wie tot vor, sie selbst ist anders, wie wenn sie sich verloren hätte und gestorben sei. Alles ist wie ein unverständliches, wie ein Theater und von ihr fern gerückt. Auch die Zeit erscheint ihr verändert, und jeder Augenblick bereits durchlebt.

Fall 2. Ein 30jähriger Lehrer hat Zweifel an allen Dingen, sieht alles, als ob er es zum erstenmal sehe. Alles ist traumhaft und unwirklich; er ist seiner selbst nicht sicher. Dabei sieht er alles ungemein schön.

Fall 4. 42 Jahre alt, ein Bruder scheint plötzlich versagt zu haben. Er selbst hatte mit 9 Jahren eine Attacke von 12 Stunden Dauer, er zweifelte an der Welt und an sich selbst. Mit 20 Jahren Angstzustände, mit 17 der Gedanke, er könne nie mehr fröhlich werden. Im 25. Lebensjahre eine Schwäche, hatte keine Freude an der Arbeit. Im 37. das Gefühl, der Kopf sei abgestorben, das Gehirn arbeitete nicht, fühle keine Schmerzen, nichts berühre ihn, er sei wie ein Stück Holz. Er sehe alles wie früher, aber es freue ihn nicht; seine Seele sei wie erstorben. „Sonst habe ich beinahe redenten Inhalt aufgefaßt und freute mich desselben, jetzt höre ich der Rede zu und bin trotzdem nicht dabei." „Ich fühle keine Überzeugung wie sonst: Ich habe Geist, aber ich habe keine Seele:" „Ich vollführe alles wie eine Maschine." Keine objektive Störungen.

An diesem Fall ist die Periodizität bemerkenswert; im übrigen ist es ein typischer Depersonalisationsfall.

Fall 8. Ein 29jähriger Baumeister aus neurotischer Familie, neurotischer Antezedentien, Zustände, in denen er alles wie im Traum hört, sekundenlange Angstzustände. In diesen fühlt er alles neu um sich herum, wie unwirklich, er kann sich nicht bewußt werden, wer er ist und wo er sich befindet.

Hier zeigt sich sehr schön der Übergang zu den Depersonalisationsattacken der Normalen.

Fall 12. Eine 29jährige. Seit ihrem 17. Lebensjahre an Obsessionen leidend, hat während dieser den Eindruck, als wenn die Gegenstände aus einer anderen Welt wären, wie wenn sie blendend leuchtend erschienen. Sie fühlt sich selbst entfremdet, vollkommener und seelischer. Schon in ihrem 18. Lebensjahr schien es ihr, als wenn sie zwei Seelen habe, jetzt denke sie mit der Stirne, aber in ihrem Hinterhaupte entständen die schrecklichsten Gedanken: Sie fühlt sich in ihrer Sehnsucht nach etwas Höherem getäuscht.

Hier ist zu vermerken, daß verständliche Motive vorhanden sind.

Die übrigen Fälle sind teils sehr kurz mitgeteilt, teils bieten sie nichts Bemerkenswertes.

Die folgende ausgezeichnete Darstellung von Schäfer setze ich in extenso hierher, weil sie zugleich auch über die älteste Literatur orientiert.

Ehe wir aber die Melancholie verlassen, sei es uns gestattet, die Aufmerksamkeit auf gewisse Fälle zu lenken, die sich vielleicht als eigene Unterart der einfachen Melancholie betrachten läßt, d. i. derjenigen Unterart der Hemmungsgruppe, in der sich am ersten noch weiter gesonderte Formen dürften finden lassen. In der Literatur trifft man einige Hinweise auf diesen Gegenstand, welche hier zuerst folgen sollen: Die eine Mitteilung ist

[1]) Die vorangegangen Fälle, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 19. 1913; jetzt folgende Arch. f. Psych. Bd. 53. 1914.

schon recht alt, sie stammt von Zeller[1]), welcher berichtet: „Ich habe fünf gemütskranke Frauen zu beobachten Gelegenheit gehabt, die auf eine fast gleichlautende Weise über den Mangel an Empfindungen in ihrem Gangliensystem klagten. Es war ihnen, wie wenn sie vom Kopf an wie gefühllos und tot wären, bis an den Kopf in die Erde eingegraben, versteinert, verzaubert, sie klagten, sie könnten wohl über alles denken, sogar klar und richtig denken, aber das Wesentliche fehle eben in ihren Gedanken, es gehe keine Veränderung mehr in ihnen vor. Stunden und Tage gingen ihnen dahin in entsetzlicher Eintönigkeit, ein Verbrecher habe es besser, der auf das Schaffot geführt werde, er könne doch noch Todesangst ausstehen, worüber sie ihn beneiden könnten." Die zweite Nachricht findet sich in Griesingers Lehrbuch 1871, S. 83. Dort heißt es: „Ich sehe, ich höre, ich fühle, sagen solche Kranke, aber die Gegenstände gelangen nicht bis zu mir, ich kann die Empfindung nicht aufnehmen, es ist mir, als wäre eine Wand zwischen mir und der Außenwelt." Außerdem teilt Griesinger S. 219 einen Fall nach Esquirol mit, der ebenfalls die Hauptsymptome in ausgezeichneter Weise enthält. Endlich findet sich in Schüles Dysphrenia neuralgica, S. 57, eine solche Kranke erwähnt, welche den Magen als den Sitz eines Druckgefühls bezeichnete, und die zugleich an einem Uterintumor litt. Die Kranke Esquirols lokalisierte das Gefühl der Leere ganz besonders vorn im Kopfe. Die Lokalisation eines Gefühls von Leere oder Druck im Kopf und in der Magengrube scheint dieser Krankheitsform wesentlich zuzugehören. Vorerst aber fällt auf, daß, abgesehen von dem Griesingerschen Falle, in welchem das Geschlecht nicht angegeben ist, alle Kranke dem weiblichen Geschlecht angehören. Unter den männlichen Kranken der Stephansfelder Anstalt habe auch ich während zwei Jahren keine Fälle dieser Art gefunden. Unsere drei Patientinnen befanden sich in verschiedenem Lebensalter, sie waren 23, 42 und 50 Jahre alt, die jüngste verheiratet, die beiden älteren unverheiratet. Sie waren in ihren Mädchenjahren alle drei schon einmal unter melancholischen Erscheinungen erkrankt gewesen. Von seiten ihrer Geschlechtsorgane manifestierten sich indes keine Krankheitserscheinungen; nur war bei einer angegeben, daß durch übertriebene Vaginalexplorationen ein habitueller Reiz sei ausgeübt worden, dem der Ausbruch der Krankheit schuld zu geben sei. Die Gefühlsleere knüpfte sich bei den letzteren Kranken an den ganzen Vorderkopf, der ihr wie von einer hölzernen Decke eingenommen vorkam und oft der Sitz von Prickeln oder Stechen war; ebenso klagte die jüngste, nur daß sie noch stärkere Sensationen angab; die dritte klagte beständig gleich, daß sie in der Stirne das Gefühl habe, als läge dort ein Stein und ebenso in der Magengrube. Bei ihr war das Gefühl bei dem Anhören einer schaurigen Erzählung zuerst in die Stirne gedrungen, dann habe es sich auch in die Magengrube festgesetzt. Ähnlich war es mit der Kranken Schüles, welche bei einer Predigt das Gefühl hatte, als sei bei dem Worte „verstockter Sünder" ihr ein plötzlicher Schlag wie ein Blitz in den Scheitel und von da in den Unterleib gefahren. Nach dem Schlage behauptete sie, sei völliger Verlust aller Empfindungen eingetreten. Eine deutliche periphere Anästhesie war bei keiner unserer Patientinnen nachzuweisen, auch nicht bei derjenigen, die angab, auf der ganzen linken Körperseite ein Gefühl von Dumpfheit zu haben. Auch Interkostalneuralgien fehlten. Das Schmerzgefühl der Haut war bei einer von ihnen sehr gering, während es bei der dritten eher wieder gesteigert schien. Wenn die Kranken ihr Leid klagten, so verknüpften sie es ausdrücklich mit der Leere oder Dumpfheit im Kopf resp. der Magengrube. Es war das Unbehagen, von nichts in der Umgebung innerlich berührt zu werden, zwar alles zu sehen, zu hören etc. aber bei keiner Vorstellung ein Gefühl von der inneren Bewegung, von der sinnlichen Wärme zu haben, welche sie aus der Erinnerung an ihr gesundes Leben kannten. Eine Kranke sagte, sie sehe alles undeutlich, wie im Nebel. Die beiden anderen sagten, sie kämen sich vor wie auf dem Theater, wo sie sich und die anderen handeln sähen, ohne daß sie das etwas anginge. Die Kranken hatten wenig Lust zur Beschäftigung, da auch diese ihnen etwas Leeres war. Bei der einen machte sich aber noch ein besonderer Mangel an Initiative geltend. Sie schien sich anzustrengen, einen rechten Willen zu fassen, aber auch dabei fehlte ihr das Gefühl ihrer Strebung, sie sagte unendlich oft: „Ich will, und ich kann nicht, da sitzt es (sie meinte die Magengrube), so lange es da nicht fortgeht, kanns nicht anders werden." Die Kranken wurden nicht müde, über die Belästigung zu klagen, welche ihnen ihre Gefühlsleere verursachte, und sie hatten Zeiten, wo sie sich in Weinen und Jammern, die eine auch in Ärger und Schelten, daß man nicht besser für ihre Genesung sorge, Luft machten. Bemerkenswert war die Erhaltung der formalen Denkfähigkeit und Mangel jeder Neigung zur Wahnbildung,

[1]) Nasse u. Jacobis Zeitschr. Bd. 1. S. 524.

was ihnen selbst sehr wohl bewußt war. Daß die eine Kranke sagte, sie sei unheilbar, weil sie sich selbst in ihre Krankheit hineingedacht und sich durch zeitweise Verweigerung der Nahrung noch mehr geschwächt habe, widerspricht dieser Aufstellung wohl nicht. Versuche zum Suizidium, wie sie bei dieser Kranken vorkommen, waren nicht gerade sehr gefährlicher Art. Sinnestäuschungen kamen nicht vor. Die Nächte waren größtenteils schlaflos. Der Stuhl angehalten. Das Aussehen war blaß, bei einer mehr pastös. Bei zweien wurde eine Vermehrung der Nasensekretion bemerkt.

Ich habe die Kranke 1—2 Jahre lang beobachtet und von zweien auch später noch erfahren, daß ihre Krankheit noch fortdauert. Hiernach und nach dem ganzen Eindruck des Zustandes mußte man demselben eine ungünstige Prognose stellen. Wenn wir die Hauptmomente desselben noch einmal hervorheben sollen, so wären es die folgenden: weibliches Geschlecht der Kranken, Mangel der höheren Empfindungen (Gemütsbewegungen) mit klarem Krankheitsbewußtsein. Erhaltung der hauptsächlichen geistigen Fähigkeiten (nur die psychomotorische Tätigkeit kann erheblich mitleiden), Lokalisation des Gefühlsmangels in die Stirne resp. die Magengrube, chronischer Krankheitsverlauf mit geringer Neigung zum Übergang in Blödsinn. Es ergäbe sich hieraus ein Krankheitsbild, welches die hauptsächlichen bekannten melancholischen Symptome nicht enthielte, aber nach dem mehr passiven Verhalten der Kranken und der Unterdrückung eines Teils der psychischen Funktionen zu der Gruppe der Hemmungspsychosen zu rechnen wäre. Durch das Fehlen der meisten anderweitigen melancholischen Symptome würde sich dasselbe von Fällen gewöhnlicher einfacher Melancholie unterscheiden, in denen auch die Klage über Gefühlsleere vorkommt, aber von anderen Symptomen in den Hintergrund gedrängt wird. Nach dem so vorherrschenden Momente in dem geschilderten Krankheitsbilde wäre es vielleicht nicht unpassend, dasselbe mit dem Namen psychische Anästhesie oder Melancholia anaesthetica zu belegen. Worauf die psychische Anästhesie beruht, ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen. Vielleicht aber liegt ihr ein halblähmungsartiger Zustand der Endausbreitung der Sinnesnerven zugrunde. Die weitere Beobachtung muß ergeben, ob die psychische Anästhesie ein hinreichend häufiges und selbständiges Krankheitsbild ist, daß ihre Aufstellung als eigene Form wissenschaftlich berechtigt ist.

Weitere Beobachtungen findet man bei Michea, Greidenberg, Heilbronner, Strohmayer, Jung, die Arbeiten von Packard, Hoch und Kampmeier waren mir nicht zugänglich. Auch die Arbeiten von Hartemberg, Dumas, Paulhan und Majano habe ich nicht einsehen können.

Ich habe mich bestrebt, möglichst vollständig zu sein. Freilich wird in der Literatur über Neurasthenie und manisch-depressives Irresein manches enthalten sein, was mir trotz eifrigsten Suchens entgangen ist[1]).

[1]) Während der Korrektur erschien in der Monatsschrift f. Neurol. u. Psych. eine einschlägige Arbeit Münzers.

Literaturverzeichnis.

Abraham, Über hysterische Traumzustände. Jahrb. f. Psychoanal. 1910. **2**. S. 1.
Ach, Über die Willenstätigkeit und das Denken. Göttingen 1905.
Ach, Über den Willensakt und das Temperament. Leipzig 1910.
Achelis, Die Ekstase. Berlin 1902.
Allers, Zur Pathologie des Tonuslabyrinths. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1909. **26**. S. 116.
Alter, W., Über eine seltenere Form geistiger Störung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1903. **14**. S. 246.
d'Alonnes s. Revault d'Alonnes.
Alzheimer, Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. **1**. S. 1.
Amiel, Tagebücher. Deutsch von Schapire. Fruchtschale. **4**.
Anschütz, Spekulative, angewandte und exakte Psychologie. Arch. f. d. ges. Psych. 1912. **24**. S. 1.
Anton, Beiträge zur klinischen Beurteilung und zur Lokalisation der Muskelsinnstörungen am Großhirn. Zeitschr. f. Heilk. **14**.
Anton, Über den Wiederersatz der Funktion bei Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Psychiatr. Vortr. III. Serie. Berlin 1914, auch Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. **19**. S. 1.
Azam, Hypnotisme et double conscience 1887.
Baelz, Über Besessenheit und verwandte Zustände. Versamml. Deutsch. Naturf. u. Ärzte. Stuttgart 1906. S. 120.
Ball, La folie du doute. Revue scientifique 8. Juli 1882, auch Leçons cliniques sur les maladies mentales.
Ball, Encéphale 1882. **2**. nach Ribot.
Ballet, La mélancholie. Journ. de psychol. norm. et path. 1910. **14**. S. 7.
Baudelaire, Ch., Les paradis artificiels.
Becher, Sensibilität innerer Organe. Zeitschr. f. Psychol. 1908. **49**. S. 341.
Becher, Gehirn und Seele. 1911.
v. Bechterew, W., Über Persönliches und Gemeinbewußtsein. Journ. f. Neurol. u. Psych. 1907. **9**. S. 54.
Benon, Petits accès d'asthénie périodiques. Annal. médico-psych. 1913. 71. Jahrg. X. Serie. **3**. S. 528.
Bergson, Zeit und Freiheit.
Bergson, Schöpferische Entwicklung.
Bergson, Materie und Gedächtnis.
Bergson, Le souvenir du présent. Rev. philosoph. Déc. 1909. **66**. (zit. nach Dugas u. Moutier u. Rosenberg).
Berkhan, Ein Fall subkortikaler Alexie. Arch. f. Psych. 1898. **23**. S. 558.
Bernard-Leroy, Sur l'illusion dite „Dépersonalisation". IV. Kongr. internat. Psych. 1900. S. 482.
Bernard-Leroy, Sur l'illusion dite dépersonnalisation. Revue philos. 1898. **46**. S. 157.
Billod, Maladies de la volonté. Annal. médico-psychol. 1847. **10**. S. 15, 170, 317.

Binet, Francois Curel. Notes psychol. L'année psychol. 1895. **1.** S. 119 (zit. nach Oesterreich).
Binswanger, Die Hysterie. Wien 1904.
Bleuler, Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenen. Leipzig u. Wien 1911. Handb. d. Psych. v. Aschaffenburg.
Bleuler, Affektivität, Suggestibität. Paranoia. Halle 1906.
Bleuler, Die Kritiken der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. **22.** S. 1.
Bleuler, Die Psychanalyse Freuds. Wien u. Leipzig 1911.
Bonhoeffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907.
Bonhoeffer, Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie und der endogenen Depression. Berl. klin. Wochenschr. 1912. S. 1.
Bonhoeffer, Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1913. **33.** S. 354.
Bonnier, L'aschematie. Revue neurol. 1905. **13.** S. 605.
Böttiger, Über Hypochondrie. Arch. f. Psych. **31.**
Bourru et Burot, Variations de la personnalité. Parie 1888.
Breuer und Freud, Studien über Hysterie. Leipzig u. Wien 1895.
Browne, Crichton, On dreamy mental states. Cavendish-Lecture 1895 (zit. nach Pick).
Buber, Ekstatische Konfessionen. Jena 1909.
Bühler, Tatsachen und Probleme zu einer Psych. der Denkvorgänge. Arch. f. d. ges. Psych. 1907. **9.** S. 297.
Bühler, II. u. III. Teil. Arch. f. d. ges. Psych. **12.** S. 24.
Bumke, Die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Psych. 1909. **20.** S. 381.
Bumke, Was sind Zwangsvorgänge. Zwanglose Abhandlungen. Halle 1906. **6.**
Camus et Blondel, Cénestopathie à localisation céphalique. Encéphal. 1909. **4.** S. 595. 1. T.
Charcot, M., Cas de suppression brusque et isolée de la mémoire des signes. Progrès médical. 1883. S. 568.
Comar, L'autoreprésentation de l'organisme. Revue neurol. 1901. p. 491. Presse médicale. 17. Januar 1903.
Cotard, Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancholie anxieuse. Annal. médico-psych. 1880. VI. Serie. **4.** 34. Jahrg. S. 168.
Cotard, On délire des négations. Archives de neurologie 1882. **4.** S. 153.
Cotard, Perte de la vision mentale dans la mélancholie anxieuse. Arch. de neurol. 1884. **7.** S. 287.
Cramer, Die Halluzinationen im Muskelsinn. Freiburg 1889.
Cramer, Über die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psych. **67.** S. 631.
Damelon, Les troubles du sommeil dans les neuroses. Thèse de Bordeaux 1901.
Delacroix, Études d'histoire et de psychologie du mysticisme. Paris 1908.
Delbrück, Die pathologische Lüge. 1891.
Deny et Camus, Sur une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. Rev. neurol. 1905. S. 461.
Deny und Charpentier, Obsessions et psychose maniaque-dépressive. L'Encéphale 1909. II. **4.** S. 498.
Dessoir, Das Doppelich. 2. Aufl. Berlin 1896.
Dilthey, Beiträge zur Lösung der Frage vom Ursprung unseres Glaubens an die Realität der Außenwelt. Sitzungsber. d. Berl. Akad. d. Wissensch. 1890.
Dreyfus, Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907.
Dreyfus, Kritische Bemerkungen zu Ursteins Buch. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910. II. **21.** (**33.**) S. 9.
Dromard und Albès, Étude théorique sur la dépersonnalisation et la fausse reconnaisance. Journ. de psych. normal et path. Mai-Juni 1905. **2.** S. 216.
Dugas, L'impression de l'Entièrement nouveau et celle du Déjà vu. 1894. **38.** S. 70.
Dugas, Un cas de dépersonnalisation. Rev. philosoph. 1898. **45.** S. 500.
Dugas, Dépersonnalisation et fausse mémoire. Rev. philosoph. 1898. **46.** S. 423.
Dugas, La perte de la mémoire et la perte de la conscience. Rev. philos. 1899. II. S. 93.

Dugas, Sur la reconnaissance des souvenirs. Journ. de psychol. 1904. S. 513.
Dugas, Un nouveau cas de dépersonnalisation. Journ. de psychol. 1912. **9**. S. 38.
Dugas et Moutier, La dépersonnalisation. Paris 1911. — Die Artikel der gleichen Autoren im Journal de Psychol. normale et pathol. 1910. S. 481. Dépersonnalisation et la perception extérieure und in der Rev. phil. 1910. S. 441. Dépersonnalisation et émotion sind wörtliche Abdrücke aus dem Buche.
Dumas, La tristesse et la joie. Paris 1900.
Dupré und Camus, La cénesthopathie. L'Encéphale. Dez. 1907. **2**. S. 616.
Elsenhans, Th., Die Aufgabe einer Psychologie der Deutung als Vorarbeit für die Geisteswissenschaften. Gießen 1904.
Escudié, De la neurasthenie et de la mélancholie. Th. d. Bordeaux 1908.
Esquirol, Des maladies mentales. 1838.
Fabritius, H., Über das Verhalten der Sensibilität in der Blutleere. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1912. **31**. Ergänzungsheft S. 1.
Falret, J., La folie raisonnante. Annal. médico-psychol. 1866. **7**. S. 379.
Falret, J., Maladies mentales. 1864.
Fischer, O., Eine psych. Grundlage des Wiederkunftgedankens. Zeitschr. f. angew. Psych. 1911. **5**. S. 478.
Flügel, Das Ich im Leben der Völker. Zeitschr. f. Völkerpsych. 1880. **11**. S. 44.
Flatau, E., Die Migräne. Berlin 1913.
Flournoy, Les Indes à la planète Mars. Paris 1900.
Forel, Selbstbiographie eines Falles von Mania acuta. Arch. f. Psychiatr. 1901. **34**. S. 960.
Förster, Ein Fall elementarer allgemeiner Somatopsychose etc. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1903. **14**. S. 189.
Försterling, W., Persönlichkeitsbewußtsein und Organgefühle. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1913. **34**. S. 37.
Freud, Kleine Schriften zur Neurosenlehre. III. Folge. 1913.
Friedmann, Über neurasthenische Melancholie. Monatsschr. f. Psych. 1904. **15**. S. 301, 358.
Friedmann, Über die Abgrenzung und die Grundlagen der Zwangsvorstellungen. Monatsschrift f. Neurol. u. Psych. 1907. **21**. S. 214, 348.
Friedmann, Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangsideen und überwertigen Ideen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. **21**. S. 333.
Friedreich, B., Handb. d. allg. Path. psych. Krankheiten. Erlangen 1839. S. 61.
di Gaspero, H., Hysterische Lähmungen. Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. Berlin 1912.
Geiger, Zum Problem der Stimmungseinfühlung. Zeitschr. f. Ästh. 1911. **6**. S. 1.
Geiger, Das Bewußtsein von Gefühlen. Münch. philos. Abhandl. Th. Lipps gewidmet. 1911. S. 125.
Geiger, Über das Wesen und die Bedeutung der Einfühlung. IV. Kongr. f. exper. Psych. Leipzig 1911. S. 29.
Geißler, Persönlichkeitsgefühl, Empfindung, Sein, Bewußtsein. Arch. f. d. ges. Psychol. 1906. **7**. S. 33.
Gheorgov, Die ersten Anfänge des sprachlichen Ausdrucks für das Selbstbewußtsein bei Kindern. Arch. f. d. ges. Psychol. 1905. **5**. S. 329.
Goldstein, Ein Fall von manisch-depressivem Irresein. Arch. f. Psychiatr. 1908. **43**. S. 461.
Goldstein, Die Halluzination. Arch. f. Psychiatr. 1908. **44**. S. 584.
Goldstein, Zur Lehre von der motorischen Apraxie. Journ. f. Neur. u. Psych. 1908. **11**. S. 169, 270.
Grasset, Les psychismes inférieures. Paris 1906.
Grasset, La sensation du déjà vu. Journ. d. Psych. norm. et pathol. **1**. S. 77.
Greidenberg, Eine periodische Neuropsychose auf hysterisch degenerativer Basis. Zentralblatt f. Nervenheilk. 15. Jahrg. Neue Folge 1893. **3**. S. 481.
Griesinger, Lehrbuch der Psychiatrie. 1871.
Haas, Über Echtheit und Unechtheit von Gefühlen. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913. **2**. S. 349.
Hacker, Systematische Traumbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedanken. Arch. f. Psych. 1911. **21**. S.1.
Harleß und Bibra, Wirkung des Schwefeläthers. 1847.
Hartemberg, Psychologie des neurasthéniques. Paris 1908.

Hartmann, Referat über Kranksinnigenstatistik. Jahrb. f. Neurol. u. Psych. 1913. **34**. S. 173.
Heilbronner, Zur Psychopath. der Melancholie. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1907. **22**. S. 1.
Heilbronner, Konstitutionelles Wachträumen als Beitrag zur Path. des Persönlichkeitsbewußtseins. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1913. **34**. S. 510.
Heilbronner, Zwangsvorstellung und Psychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. **9**. S. 301.
Hellpach, Psychologie der Hysterie. 1904.
Hellpach, Zur pathographischen Diagnose über Konrad Ferdinand Meyer. Zentralbl. f. Psych. 1909.
Hennig, Beiträge zur Psychologie des Doppelichs. Zeitschr. f. Psych. 1908. **49**. S. 1.
Herzen, Grundlinien einer allgemeinen Psychophysiologie. Leipzig 1889.
Herzen, Le cerveau et l'activité cérébrale 1887.
Hesnard, Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. Préface de professeur Rigis. Paris 1907.
Heß, Über Conrad Ferdinand Meyer. Zeitschr. f. Psychiatr. **58**.
Heveroch, Über Störungen des Ichtums. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913. **19**. S. 422.
Heveroch, Woher stammt unseres Seins Bewußtsein. Arch. f. Psychiatrie. 1914. **53**. S. 593.
Heymans, Eine Enquete über Depersonalisation und „fausse reconnaissance". Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorgane. 1904. **36**. S. 321.
Heymans, Weitere Daten über Depersonalisation und „fausse reconnaissance". Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorgane. 1906. **43**. S. 1.
Hirt, Zur Theorie der Trugwahrnehmungen. Zeitschr. f. Pathopsych. 1912. **1**. S. 422.
Hirt, Zur Pathologie und Klinik der Somato- und Autopsychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909. **20** (**32**) S. 922.
Hitschmann, Freuds Neurosenlehre. Leipzig u. Wien 1911.
Hoch, A review of some recent papers upon the loss of the feeling of reality and kindred symptoms. Psych. Bull. 1905. **2**. S. 236.
Hoche, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Sammlung zwangloser Abhandl. Halle 1897. **1**.
Hoche, Die Melancholiefrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910. **21** (**33**). S. 193.
Hoche, Über Symptomenkomplexe. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. **12**. S. 540.
Homburger, Literatur des Manisch-Depressiven Irreseins 1906—1910. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **2**. Referate 1911. S. 735 u. 865.
Husserl, Logische Untersuchungen. 2 Bände. Halle 1901. 2. Aufl. 1913.
Husserl, Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenol. Philosophie. Jahrb. f. Phil. u. Phänomenol. Forschung. 1913. **1**. S. 1.
Husserl, Philosophie als strenge Wissenschaft. Logos. **1**. S. 299.
Issulin, Die psychoanalytische Methode Freuds. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. **1**. S. 52.
Jaensch, Die Wahrnehmung des Raumes. Leipzig 1911. Erg. 6. der Zeitschr. f. Psychol. Psych. der Sinnesorgane.
James, The varieties of religious experience. 11. impression 1905. New York, auch Deutsch erschienen.
James, The will to believe. 1897.
James, Psychologie. Übersetzt von M. E. Dürr. 1909. Leipzig. (Textbook).
James, The principles of psychology. London 1891.
Janet, L'automatisme psychologique.
Janet et Raymond, Neuroses et idées fixes. Paris 1898.
Janet et Raymond, Les obsessions et la psychasthenie. Paris 1903.
(Von diesen beiden Werken stammen die ersten Bände von Janet, die zweiten sind von Janet und Raymond verfaßt.)
Janet, Préface du livre: La subconscience de Jastrow. Paris 1908.
Janet, Le sentiment de dépersonnalisation. Journ. de psych. normal et pathol. 1908. **5**. S. 514.

Janet, L'État mental des Hystériques. 2. Aufl. 1911.
Janet, Une Félide artificielle. Rev. philosophique 1909. **1**. 329. (Ist auch in der zweiten Auflage von État mental des Hystériques enthalten.)
Janet, A propos du déjà vu. Journ. de psych. norm. et pathol. 1905. **2**. S. 289.
Jaspers, Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1913.
Jaspers, Kausale und „verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1913. **14**. S. 158.
Jaspers, Zur Analyse der Trugwahrnehmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **6**. S. 640.
Jaspers, Referat über Trugwahrnehmungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. **4**. S. 289.
Jaspers, Über leibhaftige Bewußtheiten. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913. **2**. S. 150.
Jaspers, Eifersuchtswahn. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Path. 1910. **1**. S. 567.
Jaspers, Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. **9**. S. 391.
Jastrow, La subconscience. Paris 1908.
Jones, Die Pathologie der Dyschirie. Journ. f. Psych. u. Neurol. **15**.
Juliusburger, Über Pseudomelancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **17**. 1901. S. 72.
Juliusburger, Über Pseudomelancholie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906. **17**. (**39**). S. 216.
Juliusburger, Zur Psychologie der Organgefühle und der Fremdheitsgefühle. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. **1**. S. 230.
Juliusburger, Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1912. **22**. S. 270.
Juliusburger, Zur Symptomat. der Melancholie. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1901. **17**. S. 389.
Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox. Halle 1907.
Jung, Wandlungen und Symbole der Libido. Leipzig u. Wien 1912. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen. **3** u. **4**.
Kahn, La cyclothymie. Th. d. Paris 1909.
Kampmeier, Confessions of a psychastenie. Journal of abnormal psych. **2**. S. 117.
Kandinsky, Kritische und klinische Bemerkungen auf dem Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin 1885.
Kleist, Untersuchungen zur Kenntnis der psychomot. Störungen der Geisteskranken. Leipzig 1908.
Kleist, Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig 1909.
Kleist, Aphasie und Geisteskrankheit. Münch. med. Wochenschr. 1914. S. 8.
Koehler, Über unbemerkte Empfindungen und Urteilstäuschungen. Zeitschr. f. Psychol. 1913. **66**. S. 51.
Koffka, Über Vorstellungen. Gießen 1911.
Koffka, Zur Analyse der Vorstellungen. 1912.
Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. 1909—1913. Leipzig.
Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.
Kraepelin, Über Erinnerungsfälschungen. Arch. f. Psych. 1887. **18**. S. 395.
Krishaber, De la neuropathie cérébro-cardiaque. Paris 1873.
Kronfeld, Über die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen. Abhandlungen zur psychologischen Padägogik. Herausg. von Meumann. **3**. S. 1. Arch. f. d. ges. Psychol. **22**. S. 214.
Külpe, Psychologie und Medizin. Zeitschr. f. Pathopsychol. 1912. **1**. S. 268.
Kutzinski, Über das Fremdheitsgefühl. Monatsschr. f. Neurol. u. Psychol. 1913. **34**. S. 301.
Lange, C., Über Gemütsbewegungen. Leipzig 1887.
Lange, W., Konrad Ferdinand Meyer. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1909. **20** (**32**). S. 209.

Leclère, La psychophys. des états mystiques. L'année psychol. 1911. **17**. S. 97.
Lehmann, Aberglaube und Zauberei. Stuttgart. 2. Aufl. 1908.
Lemaître, Hallucinations autoscopiques. Arch. de psychol. **1**. Nr. **4**. S. 357.
Lemos, M., Perte de la vision mentale des objets lans la mélancholie auxieuse. Ann. médico-psych. 1906. **4**. 9. Serie. **64**. Jahrg. S. 1.
Leuba, Tendances fondamentales des mystiques chrétiens. Rev. philos. 1902. **54**. S. 1.
Leuret, Fragment psych. 1834. S. 423.
Liepmann, Über Ideenflucht. Halle, Marhold.
Lipps, Leitfaden der Psychologie. 3. Aufl. Leipzig 1909.
Lipps, Vom Fühlen, Wollen und Denken. 2. Aufl. Leipzig 1907.
Lipps, Ästhetik I. Hamburg u. Leipzig 1903.
Lipps, Das Ich und die Gefühle. Psychol. Unters. 1907. **1**. S. 641.
Lipps, Das Wissen von fremden Ideen. Psychol. Unters. 1907. **1**. S. 694.
Lipps, Selbstbewußtsein, Empfindung und Gefühl. Wiesbaden 1901.
Lissauer, Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrage zur Theorie derselben. Arch. f. Psychiatr. 1890. **21**. S. 222.
Löwenfeld, Über traumartige und verwandte Zustände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909. **20** (**32**). S. 539, 587.
Löwy, M., Ein Depersonalisationsfall als Beitrag zur Pathologie des Aktivitätsgefühls und des Persönlichkeitsbewußtseins. Prager med. Wochenschr. 1908.
Löwy, M., Über Demenzprozesse und ihre Begleitpsychosen. Jahrb. f. Psych. 1910. **31**. S. 328.
Löwy, M., Über eine Unruheerscheinung. Die Halluzination des Anrufs mit dem eigenen Namen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1911. **33**.
Löwy, M., Meteoristische Unruhebilder. Prager med. Wochenschr. 1912. Nr. 5.
Mach, Die Analyse der Empfindungen. Jena.
Maier, Willy, Zur Phänomenologie abnormer Glücksgefühle. Zeitschr. z. Pathopsychol. 1914. **2**. S. 588.
Majano, Sulla patogenesi del dubbio nelle psicastenie. Riv. di path. nervosa l'mentale. Agosto 1903. S. 337.
Marchand, Les accès mélancholiques des obsédés douteurs. Ann. méd. psych. 1912. 10. Serie. **2**. 62. Jahrg. S. 488.
Marie (A.), Der Mystizismus in seinen Beziehungen zur Geistesstörung. Übers. von Lomer. 1913.
Martin, Die Projektionsmethode und die Lokalisation visueller und anderer Vorstellungsbilder. Zeitschr. f. Psychol. 1912. **61**. S. 321.
Masselon, La mélancholie. Paris 1906.
Masselon, Le ralentissement mental et les troubles de l'évocation des idées chez les melancholiques. Journ. de Psych.-normal et pathol. 1904. **1**. S. 524.
Meinong, Über Annahmen. Leipzig 1902.
Meinong, Über Gegenstände höherer Ordnung. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. der Sinnesorg. 1899. **21**. S. 182.
Messer, Über den Begriff des Aktes. Arch. f. Psychol. 1912. **24**. S. 245.
Messer, Husserls Phänomenologie in ihrem Verhältnis zur Psychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. **22**. S. 19.
Messer, Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Denken. Arch. f. d. ges. Phys. 1906. **8**. S. 1.
Messer, Empfindung und Denken. Leipzig 1908.
Meumann, Referat über Revault d'Alonnes Arbeit. Arch. f. d. ges. Psychol. 1906. **7**.
Meumann, Zur Frage der Sensibilität innerer Organe. Arch. f. Psychol. 1907. **9**. S. 26.
Meumann, Die Sprache des Kindes. Abhandl. d. Gesellsch. f. Deutsche Sprache in Zürich. 1903. 8.
Michea, De l'anaesthésie de douleur dans l'aliénation mentale etc. Ann. médico-psych. 1856. **3**. S. 249 ff. 2. Serie.
Mitschel, Weir, Marie Reynolds.
Mittenzwey, Versuche einer Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913. 1914. **1** u. **2**.

Möbius, Über den Begriff der Hysterie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1888. **11.** S. 3.
Möbius, Weitere Erörterungen über den Begriff der Hysterie. Neurol. Beitr. 1894. 1. Heft. **4.**
von Monakow, Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die optischen Zentren und Bahnen. Arch. f. Psych. 1892. **23.** S. 609.
Montmorand, Les états mystiques. Rev. philosoph. 1905. **60.** S. 1.
Moreau de Tours, Du haschisch et d'aliénation mentale. 1845.
Mugdan, Periodizität und periodische Geistesstörung. Zwangl. Abhandl. Halle 1911. **9.** Heft 4.
Müller, F., Ein Beitrag zur Kenntnis der Seelenblindheit. Arch. f. Psych. 1892. **24.** S. 856.
Müller, G. E., Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufs. 3. Teil. Leipzig 1913.
Müller-Freienfels, Zur Psychologie der Erregungs- und Rauschzustände. Zeitschr. f. Psychol. 1910. **57.** S. 161.
Münsterberg, Grundzüge der Psychologie. Barth 1900. **1.**
Murisier, Les maladies du sentiment religieux. Paris 1909. 3. Aufl.
Naudascher, Trois cas d'hallucinations spéculaires. Ann. médico-psych. 1910. **68.** 9. Serie. **11.** S. 284.
Nerval, Aurelia. München 1910.
Oesterreich, Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie; ein Beitrag zur Gefühlspsychologie. Journ. f. Neurol. u. Psych. 1905—1907. **7.** S. 253. **8.** S. 61, 141, 220. **9.** S. 15.
Oesterreich, Die Phänomenologie des Ich in ihren Grundproblemen. **1.** Das Ich und das Selbstbewußtsein. Die scheinbare Spaltung des Ich. Leipzig 1910.
Packard, Feeling of unreality. Journ. of abnormal psychology. June 1906. S. 69.
Packard, Prognosis in cases of mental disease showing the feeling of unreality. Amer. Journ. of Insan. 1907—1908. S. 263.
Pailhas, Dédoublement de la personnalité par altérat. sensorielle. Encéphale. Juillet 1906. 1. Teil. S. 343. Février 1908.
Paulhan, L'activite mentale et les élements de l'esprit. Paris 1889.
Perky, An Experimental study of Imagination. Amer. Journ. of Psychol. **21.** S. 434.
Pfänder, Zur Psychol. der Gesinnungen. Jahrb. f. Phil. u. phänom. Forschung. 1913. **1.** S. 325.
Pfersdorff, Über symptomatische Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1904. **15.** S. 20.
Pfersdorff, Über die intestinalen Wahnideen im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. **15.** (27.) 1904. S. 61.
Pick, A., Zur Pathologie des Selbstbewußtseins. Studie aus der allg. Pathologie. Arch. f. Psych. 1904. **38.** S. 22.
Pick, A., Zur Pathologie des Bekanntheitsgefühls. Neurol. Zentralbl. 1903. **22.** S. 2.
Pick, A., Die agrammatischen Sprachstörungen. Berlin 1913.
Pick, A., Symptomatologie der Epilepsie. Prager med. Wochenschr. 1901. S. 469ff.
Pick, A., Zur Lehre von den Störungen des Realitätsurteils bezüglich der Außenwelt, zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Selbstbewußtsein. Zeitschr. f. Pathopsych. 1912. **1.** S. 67.
Pick, A., Zur Pathologie des Selbstbewußtseins. Zeitschr. f. Psych. 1909. **50.** S. 275.
Pick, A., Clinical studis I. Brain 1903. **26.**
Pick, A., Beiträge zur Lehre von den Halluzinationen. Jahrb. f. Psych. **2.** S. 44.
Pick, A., Beiträge zur Pathologie und pathol. Anatomie des Zentralnervensystems. Berlin 1898.
Pick, A., Wien. klin. Rundschau 1907. (zit. nach Picks Buch über Agrammatismus).
Pitres und Regis, Semeiologie des obsessions et des idées fixes. XII. intern. Congrès de med. Moscou 1897.
Prandtl, Die Einfühlung. Leipzig 1910.
Prince, La Dissociation d'une personnalité. Bibliothèque de la philos. contemp. Paris 1911.
Prince und Peterson, Experimentelle Untersuchungen über psychogalv. Reaktionen von mit bewußten (unterbewußten) Vorstellungen in einem Falle vielfacher Persönlichkeit. Journ. f. Psych. u. Neurol. 1908. **13.** S. 249.

Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen Leipzig-Wien 1904.
Raymond, Neuroses et Psychoneuroses. Paris 1907.
Raymond und Janet, Dépersonnalisation et possesion chez un psychasthénique. Journ. de psych. norm. et path. 1904. p. 29.
Reiß, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang von Veranlagung und Psychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. **2**. S. 347.
Revault d'Alonnes, Rôle des sensations internes dans les émotions et dans la perception de la durée. Rev. phil. 1905. **60**. p. 512.
Richet, Ch., L'homme et intelligence. Paris 1884.
Roemheld, Über die leichten Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens. Sommers Klinik f. psychisch-nervöse Krankheiten. 1908. **2**. S. 449.
Rosenberg, Die Erinnerungstäuschung der „reduplizierenden Paramnesie" und des déjà-vu etc. Zeitschr. f. Pathopsych. 1912. **1**. S. 561.
Rosenberg, Zur Pathol. der Orientierung nach rechts und links. Zeitschr. f. Psychol. 1912. **61**. S. 25.
Ribot, Les maladies de la personnalité. Paris 1885. Auch Deutsch.
Ribot, Problèmes de Psychol. affective. Paris 1910.
Ribot, Maladies de la volonté. Paris 1883.
Rusk, R., Experiments on Mental Association in Children. The Brith. Journ. of Psych. 1910. **3**. p. 343.
Ruyssen, Le Problème de la personnalité etc. L'année psych. 1912. **18**. p. 460.
Sadger, Konrad Ferdinand Meyer. Wiesbaden 1908.
Saxinger, Gefühlssuggestion und Phanthasiegefühl. Zeitschr. f. Psychol. 1908. **46**. S. 401.
Schäfer, Bemerkungen zur Psychiatrischen Formenlehre. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1880. **36**. S. 214.
Scheler, Über Selbsttäuschungen. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913. **1**. S. 87.
Schilder, Über das Selbstbewußtsein und seine Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913. **20**. S. 511.
Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Leipzig 1903.
Schröder, J., Über gedankenflüchtige Denkhemmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. **2**. S. 57.
Schuster, Beitrag zur Kenntnis der Alexie und verwandter Störungen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1909. **25**. S. 349.
Schüle, Dyphrenia neuralgica. 1867.
Séglas, Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1895.
Séglas, Semiologie et Pathogenie des idées de négat. Les Altérations de la personalité dans le delire mélancholique. Ann. medico psych. 1889. **10**. (47 Jahr). 7. Serie. S. 5.
Séglas, Note sur un cas de mélancholie anxieuse avec délire des négations. Arch. de neurol. 1884. **8**. S. 57.
Séglas, L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage: les hallucinations psychomotrices. Progrès médical 1888. Nr. 33 u. 34.
Séglas et Besançon, De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. Ann. médico-psych. 1889. **9**.
Siemerling, Ein Fall von sogenannter Seelenblindheit nebst anderweitiger zerebralen Symptomen. Arch. f. Psych. 1890. **21**. S. 284.
Simmel, Die Probleme der Geschichtsphilosophie 1905.
Sollier, Le Doute. Paris 1909.
Sollier, Le mécanisme des émotions.
Sollier, Les phénomènes d'autoscopie Paris 1903.
Sollier, Phénomènes de cénesthésie cérébrale unilatéraux et de dépersonnalisation liés à une affection organique du cerveau. L'Encéphale 1910 Oktobre.
Sollier, Le mécanisme des émotions. Paris 1905.
Sollier, Génèse et nature de l'hysterie. Paris 1897.
Sollier, Quelques cas d'autoscopie. Journ. de psych. normale et pathol. 1908. **5**. p. 166.
Soukhanoff, Sur les combinations des états dépressifs aigues avec processus psychiques obsédantes. Encéphale 1906. p. 565.

Soukhanoff, Obsessions et psychose maniaque dépressive. Congrès des aliénistes et neurol. de France. l'Encéph. 1909. 4 (2). p. 365.
Specht, W., Das pathologische Verhalten der Aufmerksamkeit. Ber. über d. III. Kongr. f. exper. Psych. Leipzig 1909. S. 131.
Specht, W., Zur Phänomenol. u. Morphol. der pathologischen Wahrnehmungstäuschungen. Zeitschr. f. Pathopsych. 1913/14. 2. Heft 1, 2, 4.
Specht, G., Der Angsteffekt im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Psych. 1907.
Starbuck, Religionspsychologie. Philosoph. soziol. Bücherei. Leipzig 1909.
Staudenmaier, Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft. Leipzig 1912.
Stern, W., Die Entwicklung der Raumwahrnehmung beim Kinde. Zeitschr. f. angew. Psych. 1909. 2. Heft 5 u. 6.
Stern, W., Differentielle Psychologie. Leipzig. 2. Aufl. 1911.
Stern, C. u. W., Die Kindersprache. Leipzig 1907.
Stauffenberg, Über Seelenblindheit. Monakows Arb. aus dem hirnanatom. Institut. Heft 8. S. 1.
Stöcker, Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. 23. S. 121.
Storch, Muskelfunktion und Bewußtsein. Wiesbaden 1901.
Storch, Versuch einer psychologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen unter Berücksichtigung ihrer muskulären Komponenten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1902. 11.
Störring, Vorlesungen über Psychopathologie. Leipzig 1900.
Stransky, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnformen (zur Lehre der Dementia praecox). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1903. 24. S. 1.
Stransky, Über Sprachverwirrtheit. Halle 1905.
Stransky, Das manisch-depressive Irresein. Leipzig-Wien 1911.
Stransky, Persönlichkeit und Sekundärcharakter, besonders in Foro. Ber. üb. d. Verhandl. d. VII. Intern. Kongr. f. Kriminalanthropol. in Köln a. Rh. 1911.
Stratton, Psychological Review 1896. 7. S. 611.
Strohmayer, Über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst und Zwangszuständen. Journ. f. Neurol. u. Psych. 1908. 12.
Strümpell, Über die Entstehung und Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen. Rede beim Antritt des Prorektorats der Kgl. Univers. Erlangen. Nov. 1892.
Stumpf, Über Gefühlsempfindungen. Zeitschr. f. Psych. und Phys. der Sinnesorgane. 1907. 44. S. 1.
Taine, H., De l'Intelligence. III. Aufl.
Thomsen, Charité-Annalen. 10.
Touche, Un cas de dépersonnalisation. Ann. Méd. Chir. du Centre. 1904. S. 458.
Trénel, La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler. Revue neurol. 1912. 20. S. 371.
Twardowski, Zur Lehre vom Inhalt und Gegenstand der Vorstellungen. Wien 1894.
Urstein, Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Wien 1909.
Urstein, Manisch-Depressives Irresein, Periodisches Irresein, als Erscheinungsform der Katatonie. Wien-Berlin 1912.
Urstein, Spätpsychosen, katatoner Art. Wien-Berlin 1913.
Vallon und Marie, Sur le délire mélancholique. Arch. de Neurol. 1898. 5. VI. Serie. S. 29.
Watt, Experimentelle Beiträge zu einer Theorie des Denkens. Arch. f. Psychol. 1904. 4. S. 289.
Weber, Tastsinn und Gemeingefühl. Wagners Handwörterb. d. Physiol. 3. Heft 2. S. 562.
Wernicke, Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig 1901.
Westphal, Über Haupt- und Nebenaufgaben bei Reaktionsversuchen. Arch. f. Psychol. 1911. 21. S. 219.
Wilbrand, Seelenblindheit als Herderscheinung. Wiesbaden 1887.
Wilbrand, Ein Fall von Seelenblindheit mit Obduktionsbefund. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1892. 2. S. 361.

Wilmanns, Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane Volkmannsche Sammlung 1906.
Wilmanns, Zur Differentialdiagnostik funktioneller Psychosen. Zentralbl. f. Psych. 1907. 18. (30). S. 569.
Wilson, A case of double consciousness. Journ. of Mental Science. 1903. 49. p. 640.
Wilson, A case of double consciousness. Eb. 1904. 50. S. 699.
Wilson, Report of the comittée of the Medico-Psychol. Association. Eb. 1904. 50. S. 500.
Wundt, Physiologische Psychologie. 6. Aufl. 1908. Leipzig.
Wundt, Völkerpsychologie. Leipzig.
Zeller, Nasse und Jakobis Zeitschr. 1. S. 524.
Ziegler, Das Gefühl. Eine psychol. Untersuchung. 4. Aufl. 1908.
Zingerle, Über Störungen der Wahrnehmung des eigenen Körpers bei organischen Gehirnerkrankungen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1913. 34. S. 13.

Sachregister.

Aboulie 157.
Affekt und Depers. 112.
Akt 4; Qualität und Materie desselben 5; Ichbeziehungen 5f.
Aktionsgefühl 60, 71, 100.
Aktives und passives Erleben 203, 224f.
Alexie 147.
Alkohol und Depers. 95, 127, 129, 130.
Allochirie 149, 155f.
Amiel 156ff.
Angst und Depers. 104, 115; und Melancholie 177.
Apperzeption 104.
Assoziation 70, 72, 80, 81, 83, 101.
Assoziationspsychologie 3.
Aufmerksamkeit und Widersprochenheit 68f., 70, 83; und eingeengtes Bewußtseinsfeld 241.
Autismus 105f., 113, 227.
Auto-allopsychischer Symptomenkomplex 164ff.
Autoskopie 229ff.; und Ich 232; im Halbschlaf 233, 242ff.
Automatismus 14ff., 69, 79, 88f., 102, 103.

Bekanntheitsgefühl und Depers. 71.
Bekehrung 220ff.
Besessenheit 247ff.; und Somnambulie 250f.; und Halluzination 252.
Bewußt — unbewußt 226.
Bewußtheit 86f., 88; pathologische 199; und Gefühl 199; leibhaftige 200; symbolische 200; s. a. Gedanken.
Bewußtseinsstufen 15, 77, 84, 211.
Bündeltheorie des Ich 5.

Coenästhesie, zerebrale 98; s. auch Gemeinempfindungen.
Coenästhesiopathie 150ff

Déjà vue 74f., 129.
Délire de négation 179.
Dementia praecox s. Schizophrenie.
Demenz 133.
Denken 11ff.; in der Depersonalisation 80ff.; echtes und unechtes 88f.; Ichbeziehungen 203ff.; Lokalisation 87, 243ff.
Denkpsychologie 3.
Depersonalisation 15, 23ff.; Fälle von 24ff.; deskriptiv psychol. Analyse 54ff.; Definition 54; Deutung 54f.; Gefühle und Gemütsbewegungen in der 55ff., 96f.; Erleben fremder Gefühle 57f., 211; Fehlen der Gefühle in der 57f.; Aktionsgefühle 60, 100; Wahrnehmung 64ff., 100f., optische 64f.; akustische 65f.; Geruch und Geschmack 66; taktile 66; des eigenen Körpers 66f.; Widersprochenheit der Wahrnehmung 67ff.; Fremdheitseindruck 69f.; Aufmerksamkeit 68ff.; Bekanntheitsgefühl 71, 100; Unvollständigkeitsgefühl 72; Theorien der Wahrnehmung 70ff.; Vorstellungen und Erinnerungen 75ff.; Gedächtnismaterial 76; lokales Gedächtnis 76, 145; Aufnahme des Gedächtnismateriales 77; Denken und Gedanken 80ff.; geringe Kraft der Determination 84f.; Bewußtheiten in der Depers. 86f.; Lokalisation des Denkens 87; Echtheit und Unechtheit 88; Wollen in der Deperson. 88f.; Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein 90ff.; Mangel des Persönlichkeitsbewußtseins 90f.; Verdoppelung 91; Einfühlung und Depers. 94; Psychologische Differentialdiagnose 107ff.; genetisch-psychologische Erklärung 111ff.; Affekt und Depers. 112ff.; klinische Bedeutung 119ff.; Verlauf 120ff.; bei Normalen 129f.; pathologische Physiol. 138ff.; Seelenblindheit und Depers. 141ff.; Apraxie u. Depers. 149; Kasuistik 256ff.
Deskriptionsbegriffe 226, 227.
Determinierende Tendenz 15, 22, 69, 77, 79, 80, 81ff.; latente 84, 224, 225, 250, 253; Schwächung 84f.

Doppelte Registrierung 198.

Einfache Erlebensformen 216.
Einfühlung (s. a. Fremdwahrnehmung) 18ff., 21ff., 57, 91, 94; Nacherleben 111ff.; Psychopathol. der 211; Erhöhung des Verstehens 211; in Phantasiegestalten 212; Änderung der Persönlichkeit durch E. 213f.
Einheit des Ich 7, 10, 254, passim.
Einstellung s. determinierende Tendenz.
Ekstase 12, 160, 218ff.; und Krankheit 218; und Depersonalisation 219; und Psychasthenie 219; und innere Zerrissenheit 220; und Aufmerksamkeit 220, 223; und Wille 221; und Sexualität 228.
Epilepsie und Depersonalisation 134.
Erinnerungen, in der Depersonalisation 75ff.; an die Depersonalisation 76; an die Gefühle der Depersonalisation 78; Automatismus der 77.
Evidenz 11ff.; Fälle der 14f.; des Wollens und Fühlens 14; der Gefühle 60; der Wahrnehmung 73; der Vorstellung 80.

Fälle:
Fall 1. Gottfried 24.
Fall 2. Johanna 37.
Fall 3. R. S. 45.
Fall 4. Anna L. 98.
Fall 5. Au. E. 99.
Fall 6. C. E. G. 115.
Fall 7. Bernhard S. 127.
Fall 8. Rudolf H. 127.
Fall 9. A. Sch. 134.
Fall 10. Max R. 151.
Fall 11. Agnes R. 153.
Fall 12. Ida H. 155.
Fall 13. Marie R. 161.
Fall 14. Emil L. 164.
Fall 15. Alfred G. 166.
Fall 16. Marie K. 169.
Fall 17. Eleonore P. 172.
Fall 18. Margarethe R. 172.
Fall 19. Eduard H. 173.
Fall 20. Alfred T. 177.
Fall 21. Marta O. 179.
Fall 22. P. S. 181.
Fall 23. A. Sch. 181.
Fall 24. Max K. 185.
Fall 25. Otto G. 186.
Fall 26. G. 186.
Fall 27. Karl O. 187.
Fall 28. Marta M. 202.
Fall 29. E. H. 204.
Fall 30. Max H. 203.
Fall 31. Hermann C. 207.
Fall 32. H. Kl. 229.
Fall 33. Gei 233.
Fall 34. Juliane S. 247.
Flucht aus der Wirklichkeit 112ff., 239, 241.
Fonction du réel 103, 105.
Fremdwahrnehmung 17, 18ff., 21ff., 111ff., 211f.
Funktionelle Psychosen und Depersonalisation 120ff.
Funktionsbegriffe 227.

Gedächtnismaterial, und Depersonalisation 76; volles Erleben des 77; Aufnahme in der Depersonalisation 77.
Gedanken (s. a. Bewußtheit) in der Depersonalisation 80ff.; Mangel an Gedanken in der Depersonalisation 80; Keime 71; Lokalisation 87, 243ff.; gemachte 206ff.
Gefühle 8ff.; Gefühlsempfindungen 8; Gegenständlichkeit der 8; und Akte 9; unechte 10, 55ff.; tiefe 10; fremde 18f.; in der Depersonalisation 55ff., 96, 97; Apathie 56; Ausdruck in der Depersonalisation 57, 59; Aktivitätsgefühl in der Depersonalisation 58; Aktionsgefühle 60, 71, 100; Rohmaterial der G. 61f.; Noema und Noese des G. 62; dynamische Bedeutung unechter G. 63; der Unvollständigkeit 72; gemachte 210; und Ekstase 220, 226; determinierte G. 226; der Unvollständigkeit 72; der Sünde 220.
Gemachtes Erleben 200ff.; Antriebe 208; Inhalt des gemachten Erlebens 209; Gefühle 210; Willenshandlungen 210; Ichbeziehungen 211.
Gemeinempfindungen (s. auch Coenästhesie) 58, 67, 70, 97f.
Gemütsbewegungen 7ff. (s. a. Gefühl).
Gespieltes Irresein 198.
Größenwahrnehmung 65.

Halluzination 230; und Ich 253.
Haschisch und Depersonalisation 95, 129.
Hemmung, objektive und subjektive 86, 110, 111, 171; Kombination objektiver u. subjektiver H. 179ff.
Hintergrund des Erlebens 4f., 11, 218.
Hypochondrische Sensationen 73, 89, 109, 242, 243.
Hysterie 16, 148; Depersonalisationsymptome bei H. 183ff.; 239ff.; doppeltes Bewußtsein 240f.; psychologische Different. zwischen Hyst. und Depersonalisation 107ff.

Icherlebnis 6f., 211, passim.
Ichtum 104.
Ideenflucht 83; ideenflüchtige Denkhemmung 83.
Individualität 17.
Inkarnation 200, 215; und Zwang 216.
Intentionales Meinen, und Aufmerksamkeit 10.
Intrapsychische Ataxie 137.

Kasuistik der Depersonalisation 256ff.
Katalepsie 198f.
Kinderpsychologie 2.
Komplex 115.
Konstitution (und Depersonalisation) 89, 103, 124.
Konversion (religiöse) 220ff.
Körper, Beziehung des Ich zum K. 18.

Lokalisation des Denkens 87, 243ff.

Manisch-depressives Irresein und Depersonalisation 120ff.
Melancholie; psych. Differentialdiagnose 110; Psychopathologie der M. 169ff.
Mentisme 84.
Migräne 141, 185.

Narkose (mit Schwefeläther) 216.
Nebenaufgabe 77.
Neurosen und Depersonalisation 126f.
Noema 62, 69, 100.
Noese (= Akterleben) 13; (s. auch Noema).

Ohnmacht 106, 216.
Orientierungsstörungen, in der Depersonalisation 74, 76; in der Seelenblindheit 145f.
Obervorstellung 82.

Parallelismusprinzip 184.
Paranoide Konstitution und Depersonalisation 132.
Perzeption 3.
Periodizität 131.
Periphere Eingriffe am Nervensystem und Entfremdung 138ff; taktil 139; optisch 139f., vestibulär 140f.
Persönlichkeit 17ff.; repräsentative Erlebnisse der 17f., 106; Täuschung über die 17, 22, 201; soziale 22; P.-koeffizient 69, 72, 101; Persönlichkeitsbewußtsein 90ff., 201f., 211ff.; Änderung des Persönlichkeitsbewußtseins 201; Labilität 201; Persönlichkeitsbewußtsein u. Melancholie 171, 172; und Autoskopie 232f., 242ff.; Verdoppelung der Persönlichkeit 200, 215, 239ff.
Phänomenologie 2, 3, 62.
Phantasie 77f., 213; und Spiel 213; und Lüge 214; phantasierte und gespielte Persönlichkeiten 212ff.
Phantasiegefühle 57, 78, 80.
Produktive Reaktion 200.
Pseudohalluzination 230f.
Psychasthenie, psychologische Differentialdiagnose gegen Hysterie 109; klinische 120ff.
Psychisches Trauma 112ff., 130, 200.
Psychologische Kriterien und klinische Abgrenzung 135ff., 152ff.

Schizophrenie, psychologische Differentialdiagnose 210; und Depersonalisation 133f., 180ff.
Schlafstörungen, in der Depersonalisation und Psychasthenie 73f.
Seelenblindheit 75, 141ff.
Selbstbeobachtung 17, 61, 68, 84, 92, 93, 105, 161.
Selbstbewußtsein 6; in der Depersonalisation 90ff., 201f.; passim.
Selbstvergessenheit 20f., 217, 223; passim.
Somnambulie 250.
Spiel, fremden Erlebens 21, 213, 214f.
Sprachverwirrtheit 198, 205.
Stimmung 8ff.
Sublimierung 113.
Symbole 200.
Symptomenkomplexe 119ff.; beim Normalen 129f.
Synthese (geistige) 63, 72; geringen Grades 217; hochwertige 227; s. a. Ekstase und Evidenz.

Täuschung über die eigene Persönlichkeit 17, 22, 201f., 214.
Tendenzen, Vereinheitlichung der 6f., 9f., 11f., 18; passim; des Miterleben fremden Gefühles 19f.
Theorien der Depersonalisation 96ff.
Therapeutische Beeinflußbarkeit der Depersonalisation 131.
Tiefenwahrnehmung in der Depersonalisation 65.
Traumerleben und Ich 217; abnorme Deutlichkeit des 201.
Traumhaftigkeit des Erlebens 66.

Unechtheit, seelischen Erlebens 10, 55; der Gefühle 61ff.; Dynamik unechter Gefühle 63; des Wahrnehmens 67ff.; des Vorstellens und Erinnerns 75ff., des Denkens 83ff.
Unterbewußtsein 240f.
Ursache, auslösende, s. psychisches Trauma.

Verdoppelung der Persönlichkeit 91; bei Zwangserscheinungen 203ff.; bei Delirierenden 205; durch phantasierte Personen 213; durch Spiel fremder Persönlichkeiten 213f.; und Hysterie 240f.; und Autoskopie 244; im Traume 245; und Lokalisation des Denkens 244f.; der Fähigkeiten in der Depersonalisation 81.
Verdrängung und Widersprochenheit 109, 241.
Verständliche Zusammenhänge 107ff., 198, 226f.
Versündigungsideen 176f.
Völkerpsychologie 2.
Vorlagerung des Erlebens 5.
Vorstellungen, in der Depersonalisation 75ff.; Blässe der 75; Kleinheit der 75, 79f.; evidente 80; Lokalisation der 87f.; und Seelenblindheit 142ff.; und Melancholie 176.

Wachträumerei 163, 252.
Wahrnehmung 3ff.; in der Depersonalisation 64; optische 64f.; akustische 65f.; taktile 66; Geruch und Geschmack 66; des eigenen Körpers 66f.; Widersprochenheit der 67ff.; Theorien der Wahrnehmung der Depersonalisation 70ff., 100.

Widersprochenheit des Erlebens, der Gefühle 61ff.; der Wahrnehmungen 67ff.; und Selbstbeobachtung 68; Vertretung des Widerspruchs 68; und Aufmerksamkeit 69; durch den Hintergrund 218.
Wiedererkennen und Depers. 76, 72.
Willensanstrengung 15; Unechtheit der 84; latente 112, 225.
Wirklichkeit 107, 227.
Wollen 11ff., 14ff.; starkes und schwaches Wollen 16; in der Depersonalisation 80f.; echtes und unechtes 90; und Ekstase 222ff.
Zeit 4; und Depersonalisation 74f.
Zirkuläre Verlaufsform, der Depersonalisation 124; Bedeutung der zirkulären Verlaufsform 132.
Zwangsvorstellung und Depersonalisation 85, 125, 131; Ichbeziehungen 203f.
Zweifel 86f.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE
HERAUSGEGEBEN VON
A. ALZHEIMER-BRESLAU UND M. LEWANDOWSKY-BERLIN
HEFT 10

DIE GEMEINGEFÄHRLICHKEIT

IN PSYCHIATRISCHER, JURISTISCHER UND SOZIOLOGISCHER BEZIEHUNG

VON

DR. JUR. ET MED. M. H. GÖRING
PRIVATDOZENT FÜR PSYCHIATRIE, ASSISTENZARZT AN DER KLINIK FÜR PSYCHISCHE UND NERVÖSE KRANKHEITEN ZU GIESSEN

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1915

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright 1915 by Julius Springer in Berlin.

HERRN GEHEIMRAT PROFESSOR Dr. R. SOMMER

ZUM 25 JÄHRIGEN PSYCHIATERJUBILÄUM

UND 50. GEBURTSTAGE

IN DANKBARER ERGEBENHEIT GEWIDMET

Vorwort.

Die folgende Schrift setzt sich zum Ziel, die umstrittene Frage der Gemeingefährlichkeit auf klinisch-analytischem Wege zu lösen.

Die Krankengeschichten, aus denen die Auszüge veröffentlicht sind, stammen aus der Gr. Universitätsklinik für psychische und nervöse Krankheiten zu Gießen und sind vielfach schon im Hinblick auf die eventuelle Behandlung dieses Themas geführt, die Strafanstaltsakten aus der Zellenstrafanstalt Butzbach. Zur Herstellung der Nachträge wurden mir von allen Anstalten, in erster Linie den hessischen Landes- und hessen-nassauischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, die entsprechenden Krankengeschichten bereitwilligst zur Verfügung gestellt. Fast alle Heimatbehörden, die ich um Auskunft über entlassene Kranke bat, sandten ausführliche Berichte.

Allen Anstaltsdirektoren und Verwaltungsbehörden spreche ich meinen ergebensten Dank für ihr Entgegenkommen aus; ganz besonders danke ich Herrn Geheimrat Sommer für die Anregung zu der Arbeit und die Unterstützung, die er mir hat zuteil werden lassen.

Das Erscheinen dieser Schrift, die schon im Juni vor. J. abgeschlossen vorlag, hat sich infolge des Kriegsausbruches verzögert.

Der Verfasser.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Einleitung 1

I. Abschnitt: Die zurzeit geltenden und in Entwürfen vorgeschlagenen Bestimmungen, sowie eine Anzahl veröffentlichter Erklärungen über die Gemeingefährlichkeit 2

1. Kapitel: Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein? 2

2. Kapitel: Welche Handlungen müssen befürchtet werden? 4

II. Abschnitt: Besprechung der Gemeingefährlichen an Hand von Krankengeschichten und Strafanstaltsakten 8

1. Kapitel: Gemeingefährlichkeit infolge von Sinnestäuschungen 8

2. Kapitel: Gemeingefährlichkeit infolge von Wahnideen 15

3. Kapitel: Gemeingefährlichkeit infolge von Dämmerzuständen und plötzlich auftretenden Erregungszuständen 52

4. Kapitel: Gemeingefährlichkeit infolge von Schwachsinn 64

5. Kapitel: Gemeingefährlichkeit infolge von verbrecherischer Neigung . . . 68

III. Abschnitt: Die Einteilung der Gemeingefährlichkeit 89

1. Kapitel: Bei welchen Handlungen kann man den Täter als gemeingefährlich bezeichnen? 89

2. Kapitel: Die Beurteilung der Zukunft aus Gesinnung und Krankheitserscheinungen 92

1. Bei Geistesgesunden 92

2. Bei Jugendlichen 95

3. Bei Geisteskranken 98

3. Kapitel: Die Beeinflußbarkeit der Gemeingefährlichkeit und das Auftreten partieller Gemeingefährlichkeit 104

1. Reize, welche die Gemeingefährlichkeit herbeiführen oder erhöhen . 104

2. Die Gemeingefährlichkeit für eine bestimmte Zeit 106

3. Die Gemeingefährlichkeit gegen bestimmte Personen und an bestimmten Orten 108

Zusammenfassung 109

IV. Abschnitt: Die Behandlung und Bekämpfung der Gemeingefährlichkeit. 111

Allgemeines 111

1. Kapitel: Die Internierung 112

1. Allgemeines 112

2. Aufnahmen a) in Irrenanstalten 115

b) in Sicherungsanstalten 119

3. Entlassung a) aus Irrenanstalten 120

b) aus Sicherungsanstalten 125

2. Kapitel: Die Entmündigung und Beaufsichtigung 126

3. Kapitel: Andere Mittel zur Behandlung und Bekämpfung der Gemeingefährlichen 132

Allgemeines 132

1. Aufenthaltsbeschränkung; Ortswechsel ohne Internierung 133

2. Berufswechsel; Herbeiführung günstiger Arbeitsbedingungen 135

3. Wirtshausverbot 135

4. Heirat und Trennung der Ehegatten 136

5. Sterilisation (Kastration) 137

6. Jugendschutz und Aufsicht 137

7. Allgemeinwirkende Mittel 138

Zusammenfassung 139

Literaturverzeichnis 141

Sachregister 147

Einleitung.

Immer mehr Stimmen werden laut, welche verlangen, daß gemeingefährliche Menschen, mögen sie geistesgesund oder geisteskrank sein, solange unschädlich gemacht werden, bis man annehmen kann, daß sie in der Freiheit keinen Schaden mehr anrichten werden. Es ist klar, daß die Entfernung einer Person aus der menschlichen Gesellschaft dieses einzelne Individuum schwer schädigt. Man muß sich also in jedem einzelnen Falle die Frage vorlegen: Werden die Mitmenschen dadurch, daß eine Person unter ihnen verweilt, derart durch diese geschädigt, daß die Interessen der Person zurückstehen müssen? Um diese Frage beantworten zu können, müssen wir versuchen, uns darüber klar zu werden, was der Ausdruck Gemeingefährlichkeit bedeutet. Er ist, wie Hübner mit Recht sagt, „weder ein medizinischer noch ein juristischer". Er ist der Polizeisprache entnommen. — Unser geltendes Strafrecht gibt ihm eine ganz andere Bedeutung, als wir es heutzutage tun; es spricht in seinem 27. Abschnitt von „gemeingefährlichen Vergehen und Verbrechen" und versteht darunter solche Delikte, die an sich eine besonders große Gefahr darstellen, wie Brandstiftung, Gefährdung eines Zuges. Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch hat daher auch diese Bezeichnung fallen gelassen. Im Gegensatz zum geltenden Strafrecht verstehen wir, wie schon Feuerbach im Jahre 1800, unter „gemeingefährlich", einen Zustand, in dem sich ein Mensch befindet. Das eine ist natürlich selbstverständlich, daß die Gesellschaft über dem Einzelnen steht. Näcke (1912) sagt darüber in einem seiner letzten Aufsätze: „Die Humanitätsduselei ist von wahrhafter Humanität weit entfernt. Sie berücksichtigt mehr das Individuum als das allgemeine Wohl und zeigt sich schon dadurch als moralisch minderwertig".

Um die Frage: wer ist gemeingefährlich? beantworten zu können, müssen wir sie in zwei Fragen zerlegen:

1. Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein,
2. Welche Handlungen müssen befürchtet werden, um einen Menschen für gemeingefährlich erklären zu können?

Betrachten wir zunächst die geltenden Bestimmungen und die neuen Vorschläge.

I. Abschnitt.

Die zurzeit geltenden und in Entwürfen vorgeschlagenen Bestimmungen, sowie eine Anzahl veröffentlichter Erklärungen über die Gemeingefährlichkeit.

1. Kapitel.

Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein?

Diese Frage ist besonders wichtig für die geistesgesunden Verbrecher; denn für die Geisteskranken genügt im allgemeinen ihre Geisteskrankheit als Voraussetzung für ihre Internierung.

Unser geltendes Strafrecht kennt eine Strafschärfung bei Rückfall nur für einige Eigentumsdelikte: Diebstahl, Raub, Hehlerei, Betrug und Bettel. Man darf wohl annehmen, daß diese vom Gesetzgeber herausgegriffen wurden, weil sie am häufigsten vorkommen, die Täter also in gewissem Grade für die Allgemeinheit besonders gefährlich sind. Einen ganz ähnlichen Standpunkt vertritt Oba, wenn er sagt, die Gemeingefährlichkeit liege in erster Linie in der wiederholten Begehung von Verbrechen; die Delikte, die den größten Prozentsatz bildeten und in der Regel sehr oft begangen würden, seien für die Allgemeinheit am schädlichsten, die Täter also am gemeingefährlichsten.

Von vielen wurde es als eine große Lücke empfunden, daß nur der Rückfall, nicht aber andere Umstände, für besonders schwere Bestrafung ausschlaggebend sein solle. Kitzinger sagt in seiner Bearbeitung der Verhandlungen der I. K. V.: „Der Rückfall hat zweifellos im Strafrecht nur die Bedeutung eines äußeren Symptomes schwerer Verschuldung oder größerer sozialer Gefährlichkeit des Täters und zwar eines nach der positiven wie negativen Seite hin leicht trügerischen Symptomes. Begreiflich daher die Versuche, von dem äußerlich und ungenügend unterscheidenden Symptom zu einem inneren und wesentlichen Unterschied unter den Straftätern und dadurch zu einer verschiedenartigen Behandlung dieser selbst vorzudringen". Man stieß aber auf erhebliche Schwierigkeiten, als man diese anderen Umstände genauer begrenzen wollte. Aschaffenburg (1908) spricht von psychologischer Eigenart, die durch Ergründen der Gesamtpersönlichkeit vom Entscheidenden erkannt werden muß. Mittermaier (1908) verlangt, daß der gemeingefährliche Verbrecher 3 selbständige Verbrechen oder Vergehen begangen hat und nach seinen Taten, der ihnen zugrunde liegenden Triebfeder und der in ihnen sich offenbarenden Gesinnung erhebliche Straftaten wieder begehen wird. v. Liszt (1904) hält folgende Punkte

für besonders beachtenswert: das bisherige Verhalten, bereits begangene strafbare Handlungen, auch Äußerungen, Drohungen und Vorbereitungen. Ähnlich drückt sich Garçon aus. Jaspar wünscht, daß der Richter diejenigen Verbrecher als gefährlich erklären könne, welche 1. unter Berücksichtigung des Vorlebens, ererbter Eigenschaften, Vorstrafen, 2. durch ihre Lebensart, 3. durch die Natur der begangenen Straftaten eine besondere Gefahr für die Gesellschaft bilden. Im Anschluß daran und die Referate von Garçon, v. Liszt und van Hamel, welcher, ebenso wie Prins, entweder aus einem gewissen Rückfall oder aus einem besonders schweren Verbrechen die Gemeingefährlichkeit gefolgert wissen will, beschloß die I. K. V. 1910: „Das Gesetz muß bestimmte Maßnahmen der sozialen Sicherung gegenüber den Verbrechern ergreifen, welche gemeingefährlich sind, sei es infolge ihrer Rückfälligkeit, sei es infolge ihrer Lebensgewohnheiten, welche vom Gesetz zu definieren sind, sei es infolge ihrer Anlage und ihrer Lebensführung, wie sie durch die Begehung einer im Gesetz vorgesehenen Straftat in die Erscheinung getreten sind." Wir sehen, daß in diesem Beschluß in gewissen Fällen auf den Rückfall ganz verzichtet wird. 1913 stellte sich die I. K. V. auf Antrag Nabakoffs auf den Standpunkt: formelle Merkmale des Rückfalls mit subjektiver Wertung. Auch in den Beschlüssen des D. J. T. wird auf die Rückfälligkeit nicht verzichtet.

Unser V. E. legt, ebenso wie der G. E. noch das Hauptgewicht auf den Rückfall; den Ausdruck „gemeingefährlich" kennt er überhaupt nicht. Er bestimmt in § 89, daß diejenigen Verbrecher zu besonders langen Zuchthausstrafen verurteilt werden sollen, die mehrfach zu erheblichen Freiheitsstrafen verurteilt worden sind und nun aufs neue ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen, „das ihn in Verbindung mit seinen Vorstrafen als gewerbs- oder gewohnheitsmäßigen Verbrecher erscheinen läßt", begangen hat. In der Begründung heißt es, daß gerade dieses letzte Erfordernis zum Ausdruck bringe, daß der Rückfall an sich nicht genüge, daß er vielmehr seinen Grund in der verbrecherischen Gesinnung, in einem eingewurzelten Hange zum Verbrechen haben müsse. Das allgemeine bürgerliche Strafgesetzbuch für das Königreich Norwegen vom 22. Mai 1902 geht in § 65 weiter als unser V. E.; bei einer großen Zahl von Verbrechen kann das Gericht beschließen, „den Geschworenen die Frage vorzulegen, ob der Täter in Anbetracht der Beschaffenheit der Verbrechen, der ihnen zugrunde liegenden Triebfeder oder der in ihnen sich offenbarenden Gesinnung, als besonders gefährlich für die menschliche Gesellschaft oder für das Leben, die Gesundheit oder das Wohl einzelner angesehen werden muß". Auch der österreichische Entwurf spricht von „gefährlich" und „gemeingefährlich". In seinem § 43 verlangt er, daß in jedem Falle die Gefährlichkeit geprüft werde: „Die Strafe ist nach dem Verschulden und der Gefährlichkeit des Täters zu bemessen". Unter gewissen Umständen kann beim dritten Rückfall nach den Bestimmungen des § 38 Verwahrung eintreten, wenn den Täter seine Verbrechen als gemeingefährlich erscheinen lassen und anzunehmen ist, er werde sich von weiteren strafbaren Handlungen nicht abhalten lassen.

Aus der Begründung zu diesem Entwurf geht hervor, worauf Birkmeyer (1914) hingewiesen hat, daß für die Gemeingefährlichkeit folgende Kriterien in Betracht kommen: Der Lebenswandel des Täters, die Eigenart der Tat, die Vielheit der Verbrechensbegehung, die Motive und gewisse Eigenschaften des Täters, sein Verhalten nach der Tat.

In Ungarn besteht noch ein eigenes Gesetz „Über die Bestrafung der gemeingefährlichen Arbeitsscheuen" von 1913. Dort werden zu den gemeingefährlichen hauptsächlich solche Individuen gezählt, die infolge ihrer besonderen Eigenschaften selbst unter normalen Umständen auf den geringsten Reiz mit widerrechtlichen Handlungen reagieren. Die Fassung erinnert an die Definition des gemeingefährlichen Gewohnheitsverbrechers durch Liepmann (1907): er hält ihn für einen Menschen, „der durch wiederholte Verbrechen gezeigt hat, daß ihn auch geringe Motive zum Verbrechen bestimmen".

Zwischen den geistesgesunden und geisteskranken stehen die geistig minderwertigen Gemeingefährlichen. Für sie wird nach Kahl (1908) der Grund der Gemeingefährlichkeit in der Tatsache der wiederholten Begehung strafbarer Handlungen oder in der Natur ihres chronisch krankhaften Zustandes liegt. Während der englische Entwurf zur Verwahrung geistig Minderwertiger sich nur nach dem Zustande des Individuums richtet, verlangt das niederländische Psychopathengesetz die Übertretung des Strafgesetzes.

Wie schon oben erwähnt, wird allgemein anerkannt, daß bei Geisteskranken die Voraussetzung für die Gemeingefährlichkeit lediglich in der Erkrankung selbst liegt; die Gegenwart ist maßgebend und sämtliche Gesetze und Verordnungen, die für die Irrenanstalten gegeben sind, drücken sich dementsprechend aus. Nur die Ordnung für die königlichen Sächsischen Heil- und Pflegeanstalten spricht merkwürdigerweise in der Vergangenheit; sie verlangt in § 14 zwar keine Straftat des Geisteskranken, aber immerhin, daß er früher sich oder anderen gefährlich oder für die öffentliche Ordnung störend war. Für folgenden Fall würde also die Bestimmung nicht einschlägig sein:

H. U., Maurer, geb. 27. VI. 1895, aufg. 14. VI. 13. Eine Schwester ist in einer Irrenanstalt, eine andere war nervös. U. war ein tüchtiger, fleißiger Arbeiter. Von Februar 1913 an dumpfes Gefühl im Kopfe, hatte im März einen Unfall, fiel auf den Nacken, seitdem stärkere Kopfschmerzen, Schwerfälligkeit im Denken, Mangel an Lebensfreude. Seit Pfingsten 1913 sah er alle möglichen Erscheinungen am Himmel, hörte Vogelstimmen und glaubte, daß die Leute ihn ausschelten, ohne jedoch etwas Bestimmtes darüber angeben zu können. Er verhielt sich still und geordnet. — Auf Veranlassung der Krankenkasse wurde er hier aufgenommen. Anfangs war er zugänglich, freundlich und ruhig. Anfang 1914 wurde er erregt, zerriß sein Bettzeug und griff ohne Grund ganz plötzlich Ärzte und Pfleger an; die Sinnestäuschungen nahmen zu. Mitte April 1914 erfolgte die Verlegung in eine Irrenanstalt.

Die Strafgesetze oder Entwürfe zu Strafgesetzen, welche Bestimmungen über Sicherungen gegen Geisteskranke aufgenommen haben, müssen natürlich die Begehung irgend einer Straftat voraussetzen; sie führen aber keine bestimmten Straftaten an; nur das neue russische Strafgesetz verlangt in § 39 daß bei Personen, die einen Mord, eine sehr schwere Körperverletzung, eine Vergewaltigung oder eine Brandstiftung begangen oder versucht haben, die Unterbringung in eine Anstalt erfolgt.

2. Kapitel.

Welche Handlungen müssen befürchtet werden?

Hier liegt die Schwierigkeit der Beantwortung der Frage gerade umgekehrt, wie im vorigen Kapitel. Bei Geistesgesunden wird ein neues Delikt erwartet, wenn die im ersten Kapitel besprochenen Voraussetzungen gegeben sind, wenigstens was die Gesetze betrifft, die sich an den Rückfall und nicht

an die Gefährlichkeit des Täters halten. Es ist nicht nötig sich darüber Gedanken zu machen, ob der Verbrecher noch tatsächlich Delikte begehen wird. Nur bei den wenigen Gesetzen, die die Gefährlichkeit des Täters mit in Betracht ziehen, muß man natürlich versuchen, auch einen Blick in die Zukunft zu werfen. Bei Birkmeyer lesen wir, daß schon Feuerbach die Wahrscheinlichkeit erneuter Rechtsverletzung verlangte, ebenso Storch. Mittermaier (1908) erwartet von einem gemeingefährlichen Verbrecher, daß er andauernd neue erhebliche Taten wiederbegeht. Aschaffenburg sagt (1908): „Als gemeingefährlich... werden wir nur denjenigen auffassen dürfen, dessen psychologische ... Eigenart mit der größten Wahrscheinlichkeit erwarten läßt, daß er nicht in der Freiheit leben kann, ohne mit dem Strafgesetz in Konflikt zu kommen". In den erläuternden Bemerkungen zum österreichischen Strafgesetzentwurf heißt es S. 95: „Auf Grund dieser Untersuchungen nunmehr vorausblickend, wird sich dem Richter das Maß der Gefährlichkeit des Täters ergeben". Nach dem ungarischen Strafgesetzbuch fürchtet man für die menschliche Gesellschaft, das Leben, die Gesundheit oder das Wohl einzelner (§ 65). Zukunftsfragen zu entscheiden, ist für den Richter immer besonders schwer. Aschaffenburg (1908) glaubt daher: „Es läßt sich eben deshalb der Begriff des gemeingefährlichen Verbrechers nicht gesetzestechnisch verwertbar definieren, weil es sich um eine Zukunftsfrage handelt".

Die Preußischen Ministerialerlasse, die Entlassung von gefährlichen Geisteskranken betreffend, vom 15. VI. 01, 16. XII. 01 und 20. V. 04 sprechen von „gemeingefährlich", ohne zu erklären, was darunter verstanden werden soll. Die meisten Provinzialverwaltungen folgen diesem Beispiele; nur einige geben Definitionen, die wir später erwähnen werden. Auch im Bayerischen Polizeistrafgesetzbuch Art. 80 II und im neuen Russischen Strafgesetzbuch vom 22. März 03 § 39 finden wir keine Erläuterung des Begriffes. Sie fehlt ferner in den Bedingungen der Lübecker, Elsässer und Lothringischen Anstalten, sowie den Gesetzen und Verordnungen außerdeutscher Staaten, z. B. Nieder-Österreichs und Basel.

Auch die Umschreibung im V. E.: „Wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert" gibt uns keine genügenden Anhaltspunkte, ebensowenig der Ausdruck „Rechtssicherheit" der vom G. E. und von Aschaffenburg (1912) gebraucht wird.

Ein wenig genauer ist der Vorentwurf zu einem Schweizerischen Strafgesetzbuch; er spricht von einer „Gefahr für die öffentliche Sicherheit und das gemeine Wohl". Es folgen die Bestimmungen von Sachsen-Meiningen mit „gemeingefährlich und gemeinlästig", das Statut von Mecklenburg-Schwerin mit „gemeingefährlich und anstößig", der Entwurf zum Österreichischen Strafgesetzbuch mit „besonders gefährlich für die Sittlichkeit oder für die Sicherheit der Person oder des Vermögens (gemeingefährlich)". Leppmann (1910) empfiehlt statt der Ausdrucksweise des V. E. die des Allgemeinen Preußischen Landrechtes: „Wer die Sicherheit der einzelnen Person gefährdet oder der Ruhe und Behaglichkeit einer solchen Person lästig wird." Hübner hält diejenigen für gemeingefährlich, die zur Verübung von schweren Verbrechen neigen. Die Auffassung des Preußischen Oberverwaltungsgerichtes über die Gemeingefährlichkeit ist sehr weit; in der von Moeli mitgeteilten Entscheidung vom 6. VI. 13 heißt es: „Eine Gemeingefährlichkeit ist im allgemeinen dann anzunehmen,

wenn ein öffentliches Interesse an der Unterbringung des Geisteskranken in eine Anstalt obwaltet. Das Vorliegen eines solchen wird stets dann anzuerkennen sein, wenn von dem Kranken eine Störung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung oder eine Gefährdung von Rechtsgütern anderer Personen zu befürchten ist".

Eine große Anzahl Bestimmungen umfassen auch die Suicidgefahr. Der englische Entwurf zur Verwahrung geistig Minderwertiger spricht von einer „Quelle von Elend und Schaden für sich oder Gefahr für die Allgemeinheit". In den Reglements, bzw. Verordnungen von Westpreußen, Hamburg und Bremen findet man „für sich oder andere gefährlich", bei v. Liszt (1906): „für sich, ihre Umgebung oder für die Gesellschaft gefährlich", im Reglement der Stadt Berlin: „für sich, ihre Umgebung und die öffentliche Sicherheit gefährlich", in den Bestimmungen von Zürich „für sich oder die öffentliche Sicherheit gefährlich", in der Preußischen Ministerial-Anweisung für Privatanstalten § 12: „für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Ordnung störend", wie Moeli (1906) mitteilt, im Statut von Württemberg, ähnlich wie in dem von Braunschweig: „für sich oder andere gefährlich, oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig", in dem Reglement für Hannover: „Gefahren für ihn selbst, Gefahren oder Belästigung für das Gemeinwesen, Gefahren oder ungewöhnliche Belästigungen für seine nächste Umgebung". Das Badische Irrengesetz und das Hessische Regulativ enthält besondere Bestimmungen für Geisteskranke, „die für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost und gefährdet sind". Einen ganz ähnlichen Passus enthält das Anhalter Statut, welches damit die Ausdrücke „gemeingefährlich, gemeinschädlich, gemeinlästig" nochmals erklärt. Das Schlesische Reglement drückt sich folgendermaßen aus: „. . . ., wenn dieser tobsüchtige Anfälle hat, in denen er bei der ihm gelassenen Freiheit der persönlichen Sicherheit seiner Umgebung gefährlich werden kann, oder sich selbst nach dem Leben trachtet und eine fortwährende Überwachung zur Abwendung eines Selbstmordes notwendig ist, oder wenn der Kranke so unreinlich ist, daß seine Pflege lästig und störend für die Umgebung wird, oder wenn er die öffentliche Ruhe, Ordnung und Sicherheit in einem solchen Grade stört, daß er aus dringenden polizeilichen Rücksichten in besonderem Gewahrsam und unter fortwährender Aufsicht gehalten werden muß". Schultze (1912) zählt folgende Rechtsgüter auf, deren Verletzung durch Geisteskranke verhindert werden muß: Leben, Gesundheit, materielle Güter, Ehre, Sittlichkeit. Auch Belästigungen durch Lärmen und Unreinlichkeit sollen zur Internierung führen können. „Die Befürchtung der Begehung einer antisozialen Handlung muß aber auch begründet sein. Weder darf eine unmittelbar bevorstehende, gewissermaßen schon hereinbrechende Gefahr gefordert werden, noch auch genügt jede bloß mögliche, noch in weiter Ferne liegende Gefahr."

Einen neuen Gesichtspunkt führen, wie Mittermaier für Geistesgesunde, Nemeth und Rothamel an, nämlich eine gewisse Dauer des Gefahrzustandes. Nemeth verlangt, daß der Kranke die persönliche und Vermögenssicherheit ständig und in höherem Grade gefährdet" und Rothamel, daß er nicht nur Werte zerstört, „sondern daß diese Zerstörung eine fortschreitende ist und weiter um sich greift, wenn keine Abwehrmaßregeln getroffen werden".

Aschaffenburg (1908) hat Recht, wenn er alle diese verschiedenen Verordnungen ein buntscheckiges Bild nennt. Cramer (1905) hält eine exakte, kurze Abgrenzung des Begriffes „Gemeingefährlichkeit" für unmöglich, Pandy schreibt: „. . . . doch ist solch eine Gemeingefährlichkeit — wie dies allen Irrenärzten bekannt — kaum definierbar und in einem Beschlusse der nordostdeutschen Psychiaterversammlung heißt es: „Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern, ist unmöglich".

Endlich sei noch auf die Ansicht von Schultze (1911) hingewiesen; er sagt: „Ein zutreffendes Urteil ist nur zu erzielen, wenn es gelingt, der ganzen geistigen Persönlichkeit gerecht zu werden . . .", ferner: „Ich stellte, sofern ich mich in der mündlichen Verhandlung darüber (über die Gemeingefährlichkeit) äußern sollte, meist die Gegenfrage, was unter Gemeingefährlichkeit zu verstehen sei. Eine befriedigende Antwort habe ich nicht erwartet, aber auch nicht erhalten".

II. Abschnitt.

Besprechung der Gemeingefährlichen an Hand von Krankengeschichten und Strafanstaltsakten.

Wir wollen zunächst eine größere Anzahl Krankengeschichten sowie Strafanstaltsakten mitteilen und auf das Wesentliche kurz hinweisen, dann versuchen auf Grund der Ergebnisse eine Gruppierung der Gemeingefährlichen vorzunehmen, die als Grundlage für die im IV. Abschnitte zu besprechenden Behandlungsarten dienen soll.

Zum Verständnis der folgenden Krankengeschichten sei bemerkt, daß zur Aufnahme eines Kranken in die Klinik — abgesehen von dringenden Fällen — erforderlich sind: ein Aufnahmeantrag, eine Kostenzusicherung und ein ärztliches Zeugnis; nach der Aufnahme wird regelmäßig von der zuständigen Bürgermeisterei eine Erklärung über die Personalien und Vermögensverhältnisse des Kranken eingeholt (Formular 2); zum Schlusse sind darin folgende beiden Fragen gestellt: „Sind der Bürgermeisterei abgesehen von den Angaben der Angehörigen noch Tatsachen bekannt, welche das Vorhandensein von Geistesstörung beweisen?“ „Sind der Bürgermeisterei speziell Tatsachen bekannt, welche den Kranken gemeingefährlich erscheinen lassen?“ Außerdem steht der Klinik auf Grund des § 5 ihres Regulativs das Recht zu, Zeugenvernehmungen etc. zu verlangen; der einschlägige Absatz lautet: „Falls die Aufnahme wegen Gemeingefährlichkeit des Kranken erfolgen soll, ist infolge amtlich eingezogener Erkundigungen (Zeugenvernehmungen etc.) die Art und Weise der Gemeingefährlichkeit, unabhängig von dem ärztlichen Zeugnis, eingehend zu bezeugen“.

Über die Entlassung eines Kranken bestimmt § 29 des Regulativs folgendes: „. . . Ebenso steht die Entscheidung Großherzoglichem Ministerium des Innern und der Justiz in denjenigen Fällen zu, in welchen seitens des Vertreters des Kranken die Entlassung verlangt wird, der Direktor der Klinik aber im Interesse des Kranken selbst oder der Öffentlichkeit sich gegen die Entlassung aussprechen zu müssen glaubt“.

1. Kapitel.

Gemeingefährlichkeit infolge von Sinnestäuschungen.

Fall 1. Q. N., Bierbrauer, geb. 27. VI. 1874, aufg. 19. II. 10. Keine erbliche Belastung, N. lernte ziemlich schlecht. Diente 1896—98. In den letzten Monaten viel gewandert. Er wurde wegen eines plötzlich auf der Straße ausgebrochenen Tobsuchtsanfalls verhaftet und auf Antrag des Kreisamts am 19. II. 10 in die Klinik aufgenommen; in dem

kreisärztlichen Zeugnis heißt es, daß N. ständig Stimmen höre, die ihm frühere Vergehungen vorhalten und ihm zu heiraten befehlen. Er greife die Aufseher an und müsse als stark gemeingefährlich bezeichnet werden. Hier war er zeitweise sehr erregt, zeigte große Neigung zu impulsiven Handlungen, griff die Pfleger an, hielt an seinen Wahnideen fest und halluzinierte stark. Am 3. V. 10 wurde er in eine Landes-Irrenanstalt überführt; er befindet sich noch dort. Zeitweise ist er sehr erregt, zerstörungssüchtig, aggressiv und erotisch.

Fall 2. L. U., Gärtner, geb. 5. XI. 83, aufg. 3. X. 08. Unehelich geboren; Mutter starb früh. Seit Sommer 1908 paranoische Ideen. Verfolgte ein Mädchen mit Liebesanträgen, bedrohte es mit Halsabschneiden und Totstechen, wie aus den Polizeiakten zu ersehen. Fühlte sich von ferne von dem Mädchen und deren Vater beeinflußt; glaubte, beide seien an einer vor 3 Jahren durchgemachten schweren Erkrankung schuld. Schrieb an den Vater: „Gehen Sie nur zur Polizei, ich werde doch dann gerufen, dann zeig' ich Euch mal, ob ich mich von Euch in einen Erstickungstod muß treiben lassen. Denn was das Kunstmedizinstudentchen mit mir $^3/_4$ Jahre treibt, verschwindet, wenn ich in der Wirtschaft sitze, wo sie sich aufhält . . .“ U. wurde am 3. X. 08 auf Antrag der Bürgermeisterei wegen Gemeingefährlichkeit aufgenommen. Ein kurzes ärztliches Zeugnis war mitgegeben. Hier äußerte U. die Wahnideen nicht mehr mit derselben Bestimmtheit, wie draußen, hielt aber doch an ihnen fest. Am 7. I. 09 erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt, in der er sich noch befindet.

Im ersten Falle handelt es sich um Gehörs- im zweiten um Gefühlshalluzinationen. Natürlich bestehen neben den Sinnestäuschungen auch Wahnideen; es mußte aber in diesen und den folgenden Fällen angenommen werden, daß die Gemeingefährlichkeit gerade durch die Sinnestäuschungen hervorgerufen wurde. In Fall 1 und 2 scheinen die Behörden so früh wie möglich eingegriffen zu haben. Da keine wesentliche Besserung in dem Zustande der Kranken eintrat und sich Angehörige nicht um sie kümmerten, wurde die Frage nach der Entlassung natürlich garnicht aufgeworfen.

Fall 3. G. B., Spezereikrämer, geb. 14. X. 66, aufg. I.: 11. V. 06. II.: 30. VI. 06. Der Vater des Kranken soll mißtrauisch sein; ein Bruder der Mutter ist geisteskrank, der eigene Bruder leidet an Dementia paranoides, die Schwester an Epilepsie; eins von den 4 Kindern des Bruders ist taubstumm und idiotisch. Die eigenen Kinder sind gesund. B. lernte das Schlosserhandwerk und war dann etwa 9 Jahre auf einem überseeischen Dampfer als Maschinist. Hierauf betrieb er in O. zunächst eine Wirtschaft und später ein Spezereigeschäft. 1900 heiratete er. Im 23. Lebensjahre versuchte er zweimal sich zu erhängen, da er angeblich an einer schmerzhaften inneren Krankheit litt. Am 5. V. 06 rief er plötzlich abends „Feuer“, „Hilfe“. Er geriet in große Aufregung, weil sein ganzes Haus in Flammen stehe, und wollte sich zum Fenster hinaus retten. Schon kurze Zeit vorher glaubte er, er sei einer Sekte in die Hände gefallen, eine Mörderbande wolle ihn umbringen. Im ärztlichen Fragebogen ist die Frage nach der Gemeingefährlichkeit bejaht; der Schluß lautet: „Die sofortige Aufnahme in eine Irrenanstalt ist für seine Heilung und im Interesse der Hausinsassen dringend geboten“. Den Antrag auf Aufnahme stellte die Bürgermeisterei.

In der Klinik machte B. einen gehemmten Eindruck, sprach langsam und flüsternd, war schlecht orientiert. Später wurde er etwas freier, sprach aber von einem Klub, der ihn in die Klinik geschafft habe, von elektrischen Beeinflussungen usw. Seiner Frau sagte er, er rede nicht von seinen Sachen, damit man ihn hinauslasse. Am 17. Juni wurde er gegen Revers entlassen.

Schon am 30. Juni wurde B. der Klinik auf Antrag der Bürgermeisterei mit einem kreisärztlichen Zeugnis, in welchem die Erkrankung und Gemeingefährlichkeit bescheinigt war, wieder zugeführt. Er hatte häufig gedroht, er werde eine gewisse Frau Sch., die Vorstand des Vereins „Frauenschutz“ sei, umbringen, er glaubte, in seinem Laden hockten nachts Frauen, um zu beraten, wie sie ihre Männer fortschaffen könnten. Bei der Überführung in die Klinik widersetzte er sich zunächst sehr und machte auf dem Bahnhofe einen Fluchtversuch. In der Klinik war er ruhig, willig und freundlich, hielt mit paranoiden Andeutungen zurück. Auf Veranlassung der Klinik wurde die Ehefrau durch die Bürgermeisterei protokollarisch vernommen; sie gab am 5. VII. 06 an, am 5. V. 06 habe ihr Mann

gegen Abend plötzlich laut zum Fenster hinaus gerufen: Hilfe, Hilfe, es brennt. Im Bett habe er so zu toben angefangen, daß er ins Krankenhaus habe gebracht werden müssen und von dort in die Klinik. Nach seiner Entlassung sei er zunächst einige Tage bei seiner Schwester gewesen. „Von O. kam mein Mann am 25. Juni abends 6 Uhr wieder zu mir. Dienstag Morgen begann mein Mann mit Drohungen, indem er aussprach, er wolle die Frau Sch., einen Kaufmann R. umbringen, auch mich, wenn er wüßte, daß ich Schuld hätte, daß er fortgekommen wäre. Ferner behauptete er, in O. bestände ein Verein von Frauen, der den Zweck verfolge, die Männer zu ermorden; die Frauen verdienten sich ihr Geld damit, sie würden die Männer vergiften. Die Frau Sch. wollte mein Mann an einen Baum aufhängen, oder ihr die Zunge aus dem Halse schneiden, weil er sagte, sie sei die Hauptperson in dem Vorstand dieses Frauenvereins. Den Spezereihändler R. wollte mein Mann über den Haufen schießen, wenn er ihn sähe, er wollte Rache ausüben, und wenn er selbst ins Zuchthaus käme, ... Beim Essen oder Trinken glaubte mein Mann stets, er solle vergiftet werden und mußte meine Schwägerin und ich stets von demselben Essen kosten". — Die Schwester der Ehefrau bestätigte obige Angaben. Kurz vor der Überführung in eine Landes-Irrenanstalt am 22. IX. 06 machte er einen Selbstmordversuch. Dort verhielt er sich ruhig; auf seine Frau war er sehr schlecht zu sprechen. Bei einem Besuche des Vaters am 16. X. 06 teilte dieser mit, er traue der Frau und ihren Angaben nicht recht, er wolle es einmal mit seinem Sohn versuchen. Am 14. XI. 06 wurde er dem Vater mitgegeben mit der ausdrücklichen Bedingung, daß er bei ihm wohne und bleibe. — Er ist jetzt zu Hause, nach Angabe seiner Familie hat sich sein Gesundheitszustand erheblich gebessert.

Fall 4. L. M., Feuerwerksleutnant, geb. den 14. I. 73, aufg. 26. VIII. 02. Der Vater war reizbar, hatte oft mit seiner Frau und den Kindern Streit; die Mutter des Vaters war ähnlich; ein Bruder des Vaters ist verlumpt. M. war 1901 syphilitisch infiziert worden. Die psychische Erkrankung begann ganz plötzlich; er selbst gab darüber an, er habe am 25. VIII. geglaubt, daß fremde Leute ihn verfolgten und sein Leben gefährdet sei. Infolgedessen habe er sich am 26. entschlossen, das Kasino des x. Regiments in H. aufzusuchen und um Schutz zu bitten; er habe dort zwei Offiziere angetroffen, die ihn zunächst beruhigt hätten. Bald sei aber die Angst von neuem ausgebrochen, er habe sich kurzer Hand einen Revolver und Patronen gekauft und auf den Zug gesetzt, um nach L. zu seiner vorgesetzten Behörde zu fahren. In N. stiegen zwei Herrn zu ihm ins Abteil. Einer von ihnen berichtete uns, L. habe sie zunächst in eigentümlicher Weise fortwährend angesehen, dann habe er plötzlich einen geladenen Revolver aus der Tasche gezogen und auf seinen Schoß gelegt; kurz darauf habe er ihn auf sie gerichtet und dabei gesagt, der Revolver sei mit 6 scharfen Patronen geladen. Da Zureden nichts geholfen habe, seien er und der andere Herr ausgestiegen und hätten das Zugpersonal benachrichtigt. In G. wurde M. von der Polizei in Empfang genommen; erst dem Bezirkskommandeur gelang es, den Revolver ausgehändigt zu erhalten. Er brachte M. dann auch in die Klinik und berichtete folgendes: „Beim Betreten des Zimmers des Stationsvorstehers fand ich M. mit gespanntem Revolver in der Hand an der gegenüberliegenden Türe stehen, ich ging rasch auf ihn zu und sagte, er solle sich doch beruhigen, er habe nichts zu fürchten und solle mir den Revolver geben. Er erwiderte: „Wenn der Herr Major mir das sagen, ist es gut" und übergab mir den gespannten Revolver, den ich mit 6 scharfen Patronen geladen fand. . . . Im Wagen war M. anfangs ruhig, später aber, sich immer ängstlicher und scheuer umsehend und fragend, versuchte er fortwährend im Wagen den Säbel zu ziehen, um sich der Verfolger zu erwehren. Er sprach von seiner Frau, die gestorben sei, und bedauerte den Revolver abgegeben zu haben, sonst wäre er jetzt schon bei ihr . . . . Als er den Wagen zum Eintritt in die Klinik verlassen sollte, mußte er mit Hilfe von Schutzleuten und Kutschern entwaffnet werden; er trat und schlug derart um sich, daß er von ungefähr acht Personen in das Haus getragen werden mußte".

M. war in der Klinik, in die er auf Antrag der Bürgermeisterei mit einer kreisärztlichen Bescheinigung aufgenommen wurde, zunächst ganz verwirrt und redete nur von seinen Verfolgern. Am 2. Tage war er schon klarer; er gab an, er habe in dem Abteil der Eisenbahn alles mögliche gesehen, auch seine frühere Braut; deswegen habe er den Revolver aus der Tasche gezogen. Während der letzten Tage habe er mehr als sonst getrunken. Abends machte er mit einem Bettuch mehrere Male einen Suicidversuch. Als am 3. Tage die Eltern kamen, war er sehr erregt und meinte, sie wollten ihn vor seiner Hinrichtung noch einmal sehen. Am 4. Tage trat eine sichtliche Besserung ein; er erinnerte sich ziemlich

genau an alle Vorgänge, nur wußte er nicht, wie er aus dem Wagen in die Klinik gebracht worden war. Am 2. IX. fuhr er gebessert mit seinen Eltern nach Hause.

Schon am 8. X. bekam M. wieder einen Tobsuchtsanfall, so daß er in eine Privatanstalt gebracht werden mußte. Anfangs schrie er laut um Hilfe, weil er sterben müsse. Einige Stunden später wurde er ruhiger und gab an, er werde schon seit Wochen verfolgt; er habe eine göttliche Mission zu erfüllen; er wolle die Welt aus den Banden der Sünde befreien. Fortwährend höre er Gottes Stimme, z. B. „Sei verschwiegen, treu und wahr". M. wollte sterben, weil er andere Menschen unglücklich mache; er betete sehr viel. Am 16. X. trat eine erhebliche Beruhigung ein, so daß er am 18. auf die offene Station verlegt werden konnte. Kurz darauf trat eine schwere Depression auf. Erst im Februar 1903 besserte sich der Zustand, wenn auch das Hören von Stimmen noch zeitweise auftrat. Am 4. IV. 03 wurde er gebessert den Eltern mitgegeben zwecks Überführung in eine Landesanstalt, wo er am 8. IV. eintraf. Zeitweise war seine Stimmung gedrückt, doch fühlte er sich im allgemeinen so wohl, daß er schriftliche Arbeiten für die Anstalt ausführen konnte. Am 12. XII. 03 wurde er beurlaubt. Seine Schwester hatte sich bereit erklärt, ihn zu sich zu nehmen und in ihrer Holzhandlung zu beschäftigen. Aber schon am 19. wurde M. zurückgebracht, da er Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen geäußert und im Geschäft alles verkehrt gemacht hatte. In der Anstalt lebte er sich rasch wieder ein, war ruhig, geordnet, meist freundlich und zugänglich.

Am 14. V. 04 wurde M. wieder beurlaubt. Seitdem scheint er sich draußen verhältnismäßig gut gehalten zu haben. Bis 1910 sandte er jeden Weihnachten Geld für die Kranken an die Anstalt.

In Fall 3 und 4 traten ganz plötzlich Angstzustände auf, die die Internierung notwendig machten. Es ist nur fraglich, ob in Fall 4 die beiden Offiziere nicht einen Arzt hätten zuziehen und dieser für die Verbringung in eine Anstalt hätte sorgen müssen. Andererseits muß man bedenken, daß M. vor den Offizieren wohl kaum seine Sinnestäuschungen und Wahnideen erzählt hat, daß es also sehr wohl möglich ist, daß die Offiziere nicht an eine Geistesstörung, sondern nur an eine Aufregung dachten. Jedenfalls glaubten sie, M. beruhigt zu haben. Nachdem M. seinen Revolver gezogen hatte, war eine bessere Lösung der Angelegenheit kaum mehr möglich.

In beiden Fällen kümmerten sich die Angehörigen sehr viel um die Kranken; lediglich deswegen erfolgte ihre Entlassung, obwohl eine genügende Besserung nicht vorlag. Nun lag in Fall 4 die Sache insofern anders als in Fall 3, als die Eltern ihren Sohn in die Heimat bringen wollten und der Erregungszustand soweit abgeblaßt war, daß die Überführung ohne allzu großes Risiko gestattet werden konnte. In Fall 3 dissimulierte der Kranke. Obwohl es den Ärzten bekannt war, entließen sie ihn doch, allerdings gegen Revers. Um diesen Fall richtig zu beurteilen, muß man erwägen, daß B. vor der Einweisung in die Klinik nur einen Erregungszustand hatte, in dem er sehr ängstlich war, aber keine Drohungen ausstieß. In der Klinik wurden Sinnestäuschungen festgestellt; wie er draußen auf sie reagieren würde, konnte man vermuten aber nicht beweisen. Dazu kam, daß die Frau die Entlassung dringend wünschte.

Besonders bemerkenswert an beiden Fällen ist, daß die Angehörigen immer wieder eine Entlassung durchsetzen konnten und sich der Zustand der Kranken schließlich so besserte, daß es für sie möglich war, draußen zu leben. In Fall 3 wurde bei der letzten Entlassung ausdrücklich zur Bedingung gemacht, daß der Kranke nicht zu seiner Frau, sondern zu seinem Vater gehe, was anscheinend von gutem Erfolg war.

Fall 5. I. N., Bahnarbeiter, geb. 25. X. 82, aufg. 30. IV. 09. Vater war Trinker, Mutter geisteskrank. Die ersten Zeichen geistiger Störung machten sich bei N. im Sommer 1908 bei einer militärischen Übung bemerkbar. Im November 08 hörte er auf zu arbeiten.

Geschmacks-, Geruchs- und Gefühlshalluzinationen beherrschten das Krankheitsbild. Nach einigen ruhigen Monaten trat am 30. IV. 09 plötzlich ein Erregungszustand auf; er behauptete, man wolle ihm die paar Tropfen Blut, die er noch habe, aussaugen; er warf Küchengeschirr zum Fenster hinaus und bedrohte seine Angehörigen mit einem Messer. Er wurde am gleichen Tage noch zur Klinik gebracht und auf Antrag des Kreisamtes aufgenommen. Auf unsere Anfrage bestätigte die Bürgermeisterei die oben gemachten Angaben, fügte hinzu, daß die Leute, die ihn in die Klinik verbringen sollten, nur mit eigener Lebensgefahr seiner habhaft werden konnten. Hier war N. in der Regel ruhig; oft stand er stundenlang in starrer, unnatürlicher Haltung; zeitweise war er sehr widerstrebend. Am 3. XI. 09 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er am 2. XI. 11 starb.

Fall 6. N. S., Portefeuiller, geb. 7. XII. 79, aufg. 23. I. 1911. Ein Bruder erschoß sich wegen einer Liebschaft. S. soll Lues gehabt haben. Arbeitete von 1905—1908 in Madrid; kam von dort erregt und voll von Verfolgungsideen zurück. Fühlte sich seit einer Erbteilung im Herbst 1910 von seinen Geschwistern benachteiligt, gehaßt und verfolgt. Hatte am 22. I. 11 seine Angehörigen in höchst gefährlicher Weise mit einem geladenen Revolver bedroht, wie aus dem vom Kreisarzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen zu entnehmen war. Er mußte von der Polizei festgenommen werden; am folgenden Tage wurde er auf Antrag der Bürgermeisterei in die Klinik aufgenommen. Hier trat keine Änderung ein; er verhielt sich sehr feindselig und äußerte einmal, er höre rufen: „Schieß drauf los, es ist Mord, es dringt auf Mord". Am 28. II. 11 wurde S. in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich noch befindet. Die Wahnideen und Halluzinationen bestehen unverändert fort; zeitweise drohend.

Fall 7. K. H., Eisengießer, geb. 14. III. 58, aufg. 18. I. 01. Pat. war unehelich geboren. Sein Stiefvater war Trinker und lebte lange Zeit von seiner Frau getrennt. H. lernte gut, kam nach der Schulzeit 4 Jahre in die Lehre und arbeitete dann an sehr vielen Stellen, meist als Taglöhner. 1888 hatte er den ersten Anfall. Von 1892—1896 war er 6 mal, dann wieder von Ende 1896 bis Mitte 1897 in einer Anstalt. In den letzten zwei Jahren war H. dem Trunke ergeben; Mitte 1899 wurde er wegen Delirium tremens behandelt. Am 12. August 1899 verletzte er seine Frau durch 6 Messerstiche und wurde daraufhin in das städtische Krankenhaus und eineinhalb Jahre später von dort in die Klinik gebracht auf Antrag der Bürgermeisterei, die ihn aber in ihrer Erklärung auf Formular 2 als nicht gemeingefährlich bezeichnete. Hier erzählte er, er habe gemerkt, daß jemand bei seiner Frau gewesen sei: „An dem ganzen Tun und Treiben habe ich's ihr angesehen". Da sei er auf den unglücklichen Gedanken gekommen, sie zu stechen. H. brachte auch manche paranoische Ideen vor, die sich auf frühere Zeiten bezogen. So erzählte er von seiner Behandlung im Krankenhaus in Darmstadt 1899: „Die Ärzte haben mich nicht ordentlich behandelt. Na, Sie wissen ja; ich kann ihnen nicht alles so offen sagen. Die Ärzte sind geführt worden — durch irgend etwas. Es ist ihnen alles vorgeschrieben worden, daß sie nicht durften handeln, wie sie wollten. Später habe ich das alles besser gesehen". In letzter Zeit glaubte H. sich durch elektrische Ströme beeinflußt. In der Klinik äußerte er einmal, was das hier für eine Mode sei, daß die Leute nach Tisch gegeißelt würden. Er wurde in eine Irrenanstalt gebracht, wo er sich noch befindet; er bringt noch immer zahlreiche, verworrene Größen- und Beeinträchtigungsideen vor, halluziniert, wird leicht heftig und neigt zu plötzlichen Gewalttaten.

Fall 8. F. X., Dienstmädchen, geb. 8. II. 50, aufg. 25. VII. 99. Keine erbliche Belastung. X. war als Kind sehr leicht erregt, heftig und widerspenstig, lernte gut. Seit 1897 Verfolgungs- und Größenideen; X. war zeitweise sehr laut und lästig, mißtrauisch und unverträglich. Am 22. XII. 98 meldeten Nachbarn der X. auf der Bürgermeisterei, X. habe seit 2 Tagen wieder Tobsuchtsanfälle; in der vorigen Nacht habe sie alles, was in ihrer Nähe gewesen sei, kurz und klein geschlagen; auch sei sie mit einem brennenden Licht im ganzen Hause, sogar auf dem Speicher und in der Scheune herumgelaufen, so daß die ganze Nachbarschaft Angst habe, sie könne das Haus in Brand stecken. „Wir halten es im Interesse der öffentlichen Sicherheit für durchaus angebracht, wenn die Tobsüchtige in einer Anstalt untergebracht wird". Die Aufnahme in die Klinik erfolgte aber erst am 25. VII. 99 auf Antrag des Kreisamtes und auf Grund eines vom Kreisarzt ausgefüllten Fragebogens. Hier halluzinierte die Kranke stark und äußerte andauernd Wahnideen; sie war gewöhnlich sehr unruhig und zu keiner Arbeit zu bewegen. Am 30. VI. 1900 wurde sie in eine Irrenanstalt überführt, wo sie fleißig arbeitete; dabei sprach sie dauernd verworrenes Zeug. Sie starb in der Anstalt am 25. XI. 12.

In den letzten 4 Fällen war Geistesstörung und auch Gemeingefährlichkeit schon lange vor der Einweisung in die Klinik erkennbar. Bei Fall 5 ließen sich die Angehörigen wohl durch die zwischendurch eingetretenen ruhigen Zeiten verleiten, die Überführung in eine Anstalt hinauszuschieben. Bei allen 4 Kranken kam die Umgebung erst sehr spät zu der Einsicht, daß ein Halten in der Freiheit unmöglich sei; in Fall 5 und 6 mußte vorher eine recht energische Bedrohung von seiten des Kranken erfolgen; in Fall 7 kam es sogar zur Körperverletzung; in Fall 8 handelt es sich teils um Affekthandlungen, teils um unüberlegte Handlungen, die aber sicher auch durch Sinnestäuschungen hervorgerufen wurden und nicht minder gefährlich waren. Auffallend ist, daß bei Fall 7 die Bürgermeisterei H. nicht für gemeingefährlich erklärte; es lag wohl daran, daß die Körperverletzung $1^1/_2$ Jahr zurücklag. Die Sinnestäuschungen und Wahnideen blieben in allen Fällen bestehen, so daß an eine Entlassung nicht gedacht werden konnte.

Fall 9. M. J., Ziegeleiarbeiter, geb. 19. I. 1854, aufg. 17. III. 99. J. war als Kind leicht aufbrausend und rechthaberisch; er lernte gut. Er will nie krank gewesen und glücklich verheiratet sein. Die jetzige Erkrankung begann am 1. I. 99. Er geriet in der Sylvesternacht, nachdem er getrunken hatte, mit anderen in Streit, weil er Neckereien, die ihm gar nicht galten, auf sich bezog. Seitdem schlief er jede Nacht unruhig. Oft erzählte er abends, welchen Spott er habe erdulden müssen selbst von Leuten, die er gar nicht kenne; es werde ihm nachgesagt, er treibe Unzucht mit Tieren, er habe die Brände in H. angesteckt und verwahre gestohlene Sachen im Hause. Zuweilen verlangte er nach einem Revolver, um seine Feinde und dann sich selbst zu erschießen. Nach Fastnacht wollte er sich eine Stelle suchen, wo er ganz allein für sich arbeiten könnte; er kam aber nicht dazu, da er wegen Kopfschmerzen und Müdigkeit zu Hause bleiben mußte. Einige Tage vor der Aufnahme verschlimmerte sich der Zustand erheblich; J. glaubte, daß jemand draußen sei, verlangte dringend nach einem Revolver und wanderte im Hause umher; er verweigerte die Nahrung, weil seine Mitarbeiter ihm ein Pulver hineingemengt hätten. Den Antrag zur Aufnahme in eine geschlossene Anstalt stellte das Kreisamt; der ärztliche Fragebogen wurde nachträglich vom Kreisarzt übersandt.

In der Klinik war J. mißtrauisch, er hielt an seinen Wahnideen fest, wollte aber nicht näher darauf eingehen. Er drängte sehr heraus und wurde schließlich am 26. IV. entlassen, nachdem er versprochen hatte, ruhig seiner Wege gehen zu wollen. Sein Bruder wurde darauf aufmerksam gemacht, daß er noch der Aufsicht bedürfe. Auf eine Anfrage bei der zuständigen Bürgermeisterei hin wurde uns mitgeteilt, daß J. jetzt ein recht braver, ordentlicher, fleißiger Mann sei.

Fall 10. K. N., Steuerkommissär, geb. 22. X. 62, aufg. I.: 16. XII. 99. II. 22. VIII. 1900. N. war schon in der letzten Zeit seines Dienstes merkwürdig, konnte sich nicht gut mit seinen Mitarbeitern vertragen. Er soll viel getrunken haben. Die psychische Erkrankung trat plötzlich auf mit Verfolgungsideen und Angst. Er ging von G. nach G.; plötzlich hörte er zwei Verfolger hinter sich rufen: „Wir haben ihn, er kann uns nicht entgehen". Darauf schoß er mit einem Revolver mehrere Male auf seine vermeintlichen Feinde. Tatsächlich handelte es sich um eine militärische Wache. Nach Angabe der Bürgermeisterei, welche auch den Aufnahmeantrag stellte, hatte N. kurz vorher sein Büropersonal aus dem Hause gejagt, in dem er sie mit Totschießen bedrohte und mit einem geladenen Revolver, den er immer bei sich trug, seiner Drohung Geltung zu verschaffen suchte. Der ärztliche Fragebogen wurde vom Kreisarzt ausgestellt.

In der Klinik gab N. zu, daß er in den letzten Jahren viel getrunken habe; von 1894 an sei er zunehmend reizbar und nervös geworden. Vor kurzem hätte man alle möglichen Sachen gegen ihn vorgebracht, Unzucht mit Männern und Kindern, Kuppelei, Abtreibung, er sei aber vom Schwurgericht freigesprochen worden. An dem Morgen, an dem er nach Gießen gegangen sei, hätten ihm die Sozialdemokraten schon telegraphiert, wenn er nicht nachgebe, werde er zum Fenster hinausgeworfen. Auf dem Weg hätten Landleute laut geschrieen: Der Steuerkommissär N. ist zum Sozialismus übergegangen. Zum Schlusse habe er von Soldaten eingefangen werden sollen; daraufhin habe er geschossen. Allmählich

wurde N. ruhiger, 10 Tage nach der Aufnahme sah er angeblich ein, daß er sich geirrt habe; meinte, wenn ihm das schon in G. gesagt worden wäre, wäre es nicht so weit gekommen. Bis zuletzt war N. noch ziemlich scheu und labil. Am 19. I. 1900 wurde er entlassen.

Schon am 22. VIII. kam er freiwillig wieder her, nachdem er in der Zwischenzeit pensioniert worden war. Er erklärte, er komme wieder an den Trunk, sei so ängstlich, seine Angehörigen wüßten nichts von seinem Hiersein. Anfangs habe er gar nicht getrunken und sich sehr wohl dabei gefühlt, durch die Aufregungen bei der Pensionierung sei er wieder ans Trinken gekommen. Damit es kein Unglück gebe, habe er die Klinik wieder aufgesucht. Hier erholte er sich wieder ziemlich rasch und wurde auf seinen Wunsch am 6. IX. entlassen. Er ist jetzt wieder auf einem Steuerkommissariat beschäftigt.

Fall 11. G. T., Fräser, geb. 29. VII. 64, aufg. 21. VIII. 06. Hat gut gelernt. War ein fleißiger Arbeiter und guter Familienvater. Hatte nur Samstags häufig einen Rausch. War von jeher etwas menschenscheu. Seit 1904 paranoide Äußerungen, Erregungen, Zornanfälle, unmotiviertes Lachen, Vorsichhinstarren. Bedrohte die Frau mit Umbringen. In der Nacht vor der Aufnahme wollte er sie ganz ohne Grund mit einem schweren Hammer schlagen; er verfolgte sie über den Hof mit den Worten: „Ich bringe das Mensch um". Die Polizei mußte einschreiten. T. wurde auf Antrag der Bürgermeisterei und auf Grund eines ausführlichen kreisärztlichen Zeugnisses als gemeingefährlicher Geisteskranker aufgenommen. Hier gab er an, seine Frau stehe mit allen Höheren in Verbindung, sie bekomme von diesen alles eingeblasen, was für ihn verderblich sei, sie arbeitete mit der Polizei gegen ihn usw. Gehörshalluzinationen wurden von T. zugegeben. Am 20. IX. 06 wurde er in eine Irrenanstalt überführt. Er arbeitete dort fleißig und regelmäßig; die Sinnestäuschungen nahmen ab, die Verblödung zu. Am 9. II. 07 wurde er versuchsweise nach Hause entlassen.

Das zuständige Bürgermeisteramt antwortete auf unser Ersuchen um Auskunft folgendes: „T. wohnt mit seiner Ehefrau bei seinem Schwiegersohn. Er arbeitet in einer Schuhfabrik mit einem wöchentlichen Verdienst von 8—14 Mark. Er kann nicht mehr verdienen, weil er nicht selbständig arbeiten kann. Nach Entlassung aus der Anstalt ist er wohl etwas ruhiger geworden, jedoch wenn er nicht bei seiner Frau wäre, und dieselbe so nachgiebig sei, müßte er in einer Anstalt verpflegt werden. Er ist noch sehr nervös und leicht reizbar".

In den beiden ersten Fällen handelt es sich um zwei Trinker. — Während man bei ausgesprochenen Geisteskranken nicht verstehen kann, warum die Angehörigen oft so lange mit der Überführung in eine Anstalt zögern, liegt die Sache bei Trinkern anders. Es treten doch immer wieder Zeiten auf, in denen die Leute geordnet sind. Die Angehörigen hoffen jedesmal wieder, daß die Trunksucht durch die eigene Energie überwunden werden kann. In Fall 9 hatte J. schon mehrfach nach einem Revolver verlangt, in Fall 10. N. sein Büropersonal mit einem geladenen Revolver bedroht und trotzdem erfolgte keine Internierung.

Die Sinnestäuschungen treten nach längerer Abstinenz natürlich zurück; dann tritt regelmäßig die Frage an den Psychiater heran, wann er den Trinker entlassen darf. J. war 40, N. 34 Tage in der Klinik. N. kam nach einem halben Jahre noch einmal freiwillig zurück, nachdem er große Aufregungen gehabt hatte, weil er einen Rückfall befürchtete; er blieb nochmals 14 Tage. In beiden Fällen war die Entlassung von Erfolg begleitet.

Aus Fall 11 wollen wir vor allem das eine entnehmen, daß die Angehörigen viel dazu beitragen können, die Gemeingefährlichkeit eines Kranken zu verhindern.

Fall 12. B. X., Lithograph, geb. 30. IV. 79, aufg. 13. II. 99. Der Vater der Mutter soll geisteskrank gewesen sein. Die Erkrankung des X. begann 1897; er wurde verschlossen, reizbar, später äußerte er Wahnideen, glaubte, er würde verfolgt, war zeitweise sehr erregt, hatte Angst, dachte an Selbstmord. Schließlich äußerte er, er wolle zum Fenster hinausspringen und ein paar totschlagen. Er wurde auf Antrag der Ortskrankenkasse mit einem ärztlichen vom Kreisarzt bescheinigten Zeugnis in die Klinik verbracht. Nachträglich

wurde eine Erklärung der Bürgermeisterei eingefordert; in dieser ist die Frage nach der Gemeingefährlichkeit verneint. Hier war er zeitweise sehr erregt, griff andere Kranke und Pfleger an, besonders wenn man etwas von ihm verlangte oder ihn beim Masturbieren störte. Er hatte Gehörs- und Geruchshalluzinationen. Am 12. XII. 99 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er dauernd Wahnideen äußerte und viel schimpfte. Auf Verlangen der Eltern wurde er am 6. V. 1900 entlassen. Er arbeitet zu Hause kaum, schimpfte oft ohne Grund, glaubte sich verfolgt. Im August 1902 trat eine Verschlimmerung ein; am 25. IX. 02 sprang er nach Angabe des Vaters plötzlich beim Essen auf, schrie: „Was muß er denn alles wissen?" und drang mit einem vorn abgerundeten Messer auf den Vater ein; er verletzte ihn leicht im Gesicht und verfolgte ihn bis auf die Straße. Am folgenden Tage wurde er wieder der Irrenanstalt zugeführt, wo er am 21. III. 06 an Tuberkulose starb. Bis 1904 war er zeitweise noch gewalttätig; dann trat infolge des körperlichen Leidens Ruhe ein.

Fall 13. N. S., Rentnerin, geb. 28. V. 76, aufg. 13. VII. 12. Angeblich keine erbliche Belastung; S. war von jeher verschlossen, menschenscheu, leicht reizbar und empfindlich. Seit Juli 1911 deutlich paranoide Symptome. S. behauptete, sie würde verfolgt und vergiftet, wollte niemand in ihr Haus lassen und verweigerte zeitweise die Nahrung. Ende Juni 1912 nahm ihre Schwester sie zu sich; dort verhielt sich S. nur während der ersten Tage ruhig, bald wurde sie sehr mißtrauisch, äußerte wieder Vergiftungsideen und drohte zum Fenster hinauszuspringen. Am 13. VII. 12 wurde sie sehr erregt, griff ihre Schwester und deren Ehemann an und mußte auf Anordnung des Arztes sofort in die Klinik gebracht werden. Den Aufnahmeantrag stellte die Schwester. Hier hatte S. Gehörs- und Geschmackshalluzinationen; die Wahnideen bestanden fort, doch hielt sich die Kranke ruhig. Am 9. IV. 13 erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt, aus der sie am 21. VII. 13 entlassen wurde mit Zustimmung des Vormundes. Sie hatte sich ruhig gehalten. Über ihren jetzigen Zustand konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

Die Aufnahme in eine geschlossene Anstalt erfolgte sehr spät; man wartete, bis das Unglück vor der Türe stand.

2. Kapitel.

Gemeingefährlichkeit infolge von Wahnideen.

Fall 14. L. C., Arbeitersfrau, geb. 12. V. 60, aufg. 28. XI. 05. Unehelich geboren. Über erbliche Belastung und Kindheit nichts bekannt. Ende Oktober 1905 begann C. den Haushalt zu vernachlässigen, den Mann zu beschimpfen, alles vor ihm zu verstecken, ihm und den Kindern nichts zu Essen zu geben; sie meint, der Mann denke, sie habe mit dem Lehrer ein Verhältnis, das sei aber nicht wahr. Es sei ihr aber recht, wenn sie von ihrem Mann geschieden werde; sie würde wohl den Lehrer heiraten, wisse aber nicht, ob er sie wolle. C. wurde auf Antrag der Bürgermeisterei am 28. XI. 05 in die Klinik aufgenommen. In dem vom Kreisarzt ausgefüllten Fragebogen heißt es: „Durch die Zerrüttung des Haushalts, die sie herbeigeführt hat, ist sie gefährlich für die Familie. Auch den guten Ruf des Lehrers hat sie gefährdet". Hier äußerte sie dauernd Wahnideen, glaubte, die Ärzte wollten sie beeinflussen, hielt sich im übrigen ruhig, mied aber den Verkehr mit andern Kranken. Am 24. I. 06 wurde sie in eine Irrenanstalt überführt, sie ist noch dort. Sie steht vollkommen unter dem Einfluß ihrer Wahnideen; ist oft erregt und drohend.

Fall 15. T. G., Fabrikarbeiterin, Prostituierte, geb. 25. VII. 68, aufg. 14. III. 98. Vater soll Alkoholist gewesen sein. Verkehrte frühzeitig sexuell, heiratete 1888, hatte 6 Kinder, von denen 4 starben. Ihr Mann verübte Ende Januar 98 Selbstmord zusammen mit einem jungen Mädchen. Von der Zeit an ergab sich G. der Prostitution. Sie entzog sich nach Möglichkeit der polizeilichen Kontrolle und widersetzte sich regelmäßig ihrer Festnahme. Wegen einer Geschlechtskrankheit wurde sie in ein Krankenhaus eingewiesen; dort bedrohte sie die Ärzte. Der Kreisarzt stellte eine hysterische Geistesstörung fest. Auf Antrag der Bürgermeisterei wurde G. in die Klinik aufgenommen. Hier äußerte sie mehrfach Wahnideen und hatte Gehörs- und Gefühlshalluzinationen. Infolgedessen wurde der Bürgermeisterei geschrieben, G. müsse in eine Landesirrenanstalt überführt werden; „es steht zu erwarten, daß die G., falls sie aus der Anstaltspflege entlassen würde, sofort ihre frühere Lebensweise wieder aufnimmt, sich der Kontrolle auf jede Weise widersetzt

und sich ihr zu entziehen sucht, somit sehr leicht nach eventueller Infektion Geschlechtskrankheiten weiter verbreiten kann. Dieser Zustand involviert zweifellos eine Gemeingefährlichkeit der Kranken. Dazu kommt noch, daß die Zulassung einer chronisch geisteskranken Frau zur gewerbsmäßigen Prostitution nicht wohl angängig ist". Am 15. VII. 98 erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt, wo sie sich noch befindet. Im allgemeinen ist sie ruhig und stumpf; nur zeitweise wird sie infolge ihrer Wahnideen erregt und aggressiv.

Als in Fall 14 der Kreisarzt das Zeugnis ausstellte, konnte er anscheinend noch keine Handlung anführen, welche die Kranke besonders gefährlich erscheinen lassen mußte. Es handelte sich lediglich um die Zerrüttung des Haushalts und die Gefährdung des guten Rufes eines Menschen; dieses würde für manche Anstalten kein Grund zur Aufnahme wegen Gemeingefährlichkeit darstellen. Das Zeugnis hätte auch folgendermaßen ausgestellt werden können: „G. kann infolge ihrer Wahnideen sehr leicht gemeingefährlich werden". Tatsächlich war später der Wahnideen wegen an eine Entlassung nicht zu denken.

Fall 15 ist vor allem dadurch interessant, daß die Ansteckungsgefahr mit Geschlechtskrankheit lediglich den Tatbestand der Gemeingefährlichkeit darstellte.

Fall 16. H. H., Hilfsweichensteller, geb. 28. XI. 81, aufg. 6. I. 13. Vater war leicht erregt. Das Vorleben des H. bot nichts Besonderes. In der letzten Zeit war er streitsüchtiger als sonst. Mitte Dezember 1912 machte er Bemerkungen, als ob er sich verfolgt fühle. Verfolgungsideen und Angstgefühl traten immer deutlicher auf; dazu kamen Eifersuchtsideen und Selbstmordgedanken. Auf Antrag der Frau wurde er am 6. I. 13 in die Klinik aufgenommen. Das ärztliche Zeugnis lautete: „Es ist mir leider nicht gelungen, den Patienten zu einer Aufnahme in die Klinik zu bewegen; er war nur zu überreden, sich wenigstens einmal in der Klinik untersuchen zu lassen. Er ist an einer Psychose erkrankt. Die Krankheit äußert sich in Halluzinationen und Verfolgungsideen. Ich halte die Aufnahme für notwendig und hoffe, daß es gelingt, ihn ohne Zwang dazu zu bewegen". In der Klinik blieb die Psychose unverändert bestehen; die Wahnideen richteten sich auch gegen die Ärzte. Da H. sehr nach Hause drängte, wurde ein kreisärztliches Zeugnis eingefordert. Schon am 2. II. 13 holte die Frau den Kranken ab; sie unterzeichnete, daß sie ihren Mann gegen den ärztlichen Rat mitnehme, die volle Verantwortung trage und wisse, daß er seiner Umgebung gefährlich werden könne. Am Schlusse der Krankengeschichte steht: „Bruder und Ehefrau des Kranken scheinen die ärztliche Warnung ziemlich leicht zu nehmen". — Nach Angabe der Bürgermeisterei versieht H. seinen Dienst wieder und ist anscheinend gesund.

Fall 17. F. G., Bauschreiber, geb. 28. IV. 71, aufg. 6. I. 05. G. heiratete 1897; nach Angabe der Frau war er schon vor der Ehe eifersüchtig und mißtrauisch; im ersten Jahre der Ehe habe er einmal den Revolver auf sie gerichtet. Er war sehr reizbar, schimpfte viel auf seine Vorgesetzten, lief vom Büro fort, um seine Frau zu kontrollieren, die er immer im Verdacht sexueller Ausschweifungen hatte. Die Anfälle von Eifersucht sollen periodisch aufgetreten sein, oft nach einer äußeren wahnhaft gedeuteten Beobachtung. G. äußerte, er wolle seine Frau kalt machen; wenn sie ihn verlasse, bringe er zuerst sie, dann seine Schwiegereltern und endlich sich selbst um. G. zeigte stets wenig Interesse und mied den Verkehr mit anderen Menschen. Den Antrag zur Aufnahme in die Klinik stellte das Kreisamt. Das ärztliche Zeugnis fertigte der Kreisarzt aus. In beiden wurde auf die Gemeingefährlichkeit hingewiesen.

Hier war G. in der Regel heiter und ruhig; er zeigte eine auffallende Stumpfheit. Er hielt an der Ansicht fest, daß seine Frau ihm früher untreu war. Hie und da äußerte er, einige Ärzte schienen auf der Seite seiner Frau zu stehen. Nur einmal war er erregt und äußerte, wenn die Herren glaubten, daß man ihm Gift einflößen könnte, und untereinander sagten, daß hier seine Grabstätte sein sollte, so wären sie sehr im Irrtum. Er hätte geglaubt, bis Ende Januar entlassen werden zu können, aber jetzt sehe er ein, daß andere Gründe hinter der Sache sein müßten. Hier könnte man keinem Menschen trauen.

Am 8. IV. wurde G. von seinem Schwiegervater gegen Revers und unter Hinweis darauf, daß das Zusammenleben mit seiner Frau sehr bedenklich sei, abgeholt und seiner

vorgesetzten Behörde geschrieben, daß er sich drei Monate lang ruhig verhalten habe und man annehmen dürfe, daß er auch außerhalb einer Anstalt einer Beschäftigung werde nachgehen können, zumal, wenn etwas Rücksicht auf seine geistige Beschaffenheit genommen werde. Auf eine Anfrage bei der Bürgermeisterei wurde uns mitgeteilt, daß G. bei einem Rechtsanwalt beschäftigt und nichts Nachteiliges bekannt sei.

Fall 18. H. B., praktischer Arzt, geb. 28. I. 65, aufg. 6. VI. 11. Die Eltern starben früh. B. war stets nervös und reizbar. 1904 oder 1905 hatte er einen Beleidigungsprozeß mit einem Assessor; er wurde für geisteskrank erklärt und nicht verurteilt. Nach dem Prozeß praktizierte er weiter. In den letzten Jahren äußerte er mehrfach seiner Frau gegenüber, daß die Leute ihm nicht wohlwollten. Zuletzt war er oft erregt und schimpfte öffentlich auf mehrere ihm bekannte Personen. Auf Antrag des Kreisamtes, in welchem auf die Gemeingefährlichkeit hingewiesen wurde, wurde B. in die Klinik aufgenommen. Der ärztliche Fragebogen wurde vom Kreisarzt ausgestellt und in ihm bescheinigt, daß B. gemeingefährlich sei. Daraufhin ersuchte die Klinik das Kreisamt um protokollarische Vernehmung von Zeugen zum Beweise der Gemeingefährlichkeit. Zugleich wurde mitgeteilt, daß B. sich in der Klinik sehr besonnen benehme und die ihm zur Last gelegten Handlungen, die aus den folgenden Zeugenaussagen ersichtlich sind, motiviere oder bestreite.

Der Bürgermeister des Heimatortes sagte aus, daß B. ihm vor zwei Jahren einmal zugerufen habe: „Du Seckel, ich werd' es Euch zeigen", er sei dabei sehr aufgeregt gewesen. Sonst habe er ihn nie beschimpft. Eine Zeitlang sei B. sein Hausarzt gewesen, er sei aber nicht regelmäßig zu seinen Patienten gekommen. Frau S. erklärte, schon 1908 habe B. einmal in ihr Küchenfenster hereingerufen: „Niederträchtiges Weibsbild. Sie sind das schlechteste Weib, das mir je vorgekommen ist. Sie schreiben anonyme Briefe" usw. Seitdem habe er sie oft beschimpft. Einige Wochen danach sei B. ihr begegnet; er habe gesagt, man nehme mir mein Geschäft ab, worauf sie entgegnet habe, wenn er seine Frau nicht gekriegt hätte, hätte er nichts. Daraufhin habe er sie mit der flachen Hand ins Gesicht geschlagen, daß sie hingefallen sei. Eine andere Nachbarin hat diesen Vorfall mitangesehen aber nichts Besonderes an B. wahrgenommen; sie war auch stets mit ihm als ihrem Hausarzt zufrieden. Auch ein Kaufmann F. war mit der ärztlichen Tätigkeit des B. sehr zufrieden. Ein Kollege, Dr. E., erklärte, daß Frau S. als freche und ungezogene Person bekannt sei und B. zweifellos so lange gereizt und geärgert habe, bis auch ein anderer die Selbstbeherrschung verloren hätte. B. sei zwar leicht aufgeregt und leide an gewissen fixen Ideen, er sei aber ungefährlich und bedürfe nicht der Anstaltsbehandlung. Der Amtsgerichtsrat M. sagte aus, B. äußere seit etwa einem Jahre gegen ihn Verfolgungsideen; er scheine ein Verfahren, das gegen seinen Schwiegervater wegen Sittlichkeitsverbrechen geschwebt habe, und einen Konkurs, in dem er Geld verloren habe, mit ihm in Verbindung zu bringen. Beides liege aber 7—9 Jahre zurück. Seine feindselige Gesinnung habe sich zunächst durch Unterlassen des Grüßens, dann durch Schimpfen geäußert. Kurz vor dem Vorfalle mit Frau S. habe B. vor seinem Fenster in höchster Aufregung mit einem Stock herumgefuchtelt und geschrieen: Pfui, Teufel, Familie ins Unglück gestürzt, Blutschande über mein Haus gebracht. Der Zeuge glaubte, daß B. damals zu allem fähig gewesen sei. Er soll am gleichen Tage geäußert haben, die Kugel für Frau S. sei schon geladen, nachher kämen noch andere dran. Der Zeuge hält B. zum mindesten in seinem Heimatsort für unbedingt gemeingefährlich.

Auf diese Protokolle hin wurde dem Kreisamte von der Klinik mitgeteilt: „Nach Ihrem Schreiben vom 24. VII. 11 haben die Vernehmungen nichts ergeben, was die Annahme einer Gemeingefährlichkeit des Pat. außerhalb O. gerechtfertigt. In der Tat beschränken sich seine Wahnideen auf Personen aus O., während eine Einbeziehung speziell seiner hiesigen Umgebung in die Wahnideen nicht erfolgt ist. Herr Dr. B. beabsichtigt, im Einverständnis mit seiner Frau, sein Haus in O. zu verkaufen und von dort wegzuziehen. Wir fragen ergebenst an, ob Sie unter diesen Voraussetzungen damit einverstanden sind, daß Herr Dr. B. probeweise entlassen wird". Da das Kreisamt gegen die Entlassung nichts einzuwenden hatte, wurde B. am 18. IX. 11 von seiner Frau abgeholt. Sie verlegten ihren Wohnsitz nach einem anderen Orte.

Nach zufällig erhaltenen Mitteilungen des Ärztevereins soll B. im Herbst 1913 sehr erregt gewesen sein und Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen geäußert haben. Vom zuständigen Bürgermeisteramt wurde uns dagegen mitgeteilt, daß B. eine gute Praxis habe, einen ruhigen Eindruck mache und keine Zeichen geistiger Störung bei ihm bemerkbar seien.

Fall 19. S. C., cand. med., geb. 28. I. 83, aufg. 11. IX. 13. Die Mutter und ihre Familie ist sehr nervös. Zwei Schwestern waren wegen hysterischer Störungen kurze Zeit in einer psychiatrischen Klinik. C. wurde nachts in die Klinik verbracht, weil er sich weigerte, das Praktikantenzimmer einer Klinik zu verlassen und drohte gefährlich zu werden, nachdem er vorher das Personal belästigt und die Ärzte schlecht gemacht hatte. Das Zeugnis über die Notwendigkeit der Aufnahme und die Gemeingefährlichkeit stellte ein Arzt der anderen Klinik aus. In unserer Klinik war C. ruhig und höflich; er äußerte auch hier die Ideen, mit denen er sich in der letzten Zeit dauernd beschäftigte, daß er von den Juden verfolgt werde und diese an allem Unglück, das ihn und seine Familie betroffen habe, schuld seien. Schon am 12. IX. mußte er entlassen werden, da die Bürgermeisterei trotz unseres Ersuchens keinen Aufnahmeantrag stellte. Am folgenden Tage wurde er von dem Direktor, im Einvernehmen mit dem Oberarzte der Klinik, welcher C. aufgenommen hatte, sowie dem stellvertretenden Direktor der anderen Klinik, folgendes schriftlich festgelegt:

„1. Cand. med. C. leidet zweifellos an Wahnideen, so daß er im psychischen Sinne als geisteskrank anzusehen ist.

2. Sein Verhalten in der . . . Klinik in . . . ist aus völlig verkehrten Rechtsideen entsprungen, die mit seinen krankhaften Vorstellungen zusammenhängen. Eine Berechtigung zu seinem weiteren Aufenthalt in dem betreffenden Zimmer der . . . klinik lag in keiner Weise mehr vor und der Direktor dieser Klinik mußte unter den gegebenen Umständen jedenfalls auf seine sofortige Entfernung dringen. Diese hätte sich von seiten der . . . .klinik nur durch polizeiliche Sistierung bewerkstelligen lassen. Bei dieser Sachlage war die vorläufige Unterbringung in der psychiatrischen Klinik, die ohne Gewalt durch Herrn Oberarzt . . . . bewerkstelligt werden konnte, entschieden indiziert.

3. Im übrigen hat sich bei der längeren Exploration des Herrn C. durch den Unterzeichneten herausgestellt, daß der psychische Zustand desselben in allen Einzelheiten genau so ist, wie er sich schon im vorigen Sommer für den Unterzeichneten bei persönlicher Bekanntschaft mit dem Herrn C. herausgestellt hat und wie er wahrscheinlich schon seit langem besteht. Es bestehen neben den Wahnideen in bezug auf die Verfolgung durch die Juden deutliche Selbstüberschätzungsideen mit einem stark euphorischen Wesen, welches einen geradezu hypomanischen Typ zeigt.

4. Bei der ganzen Sachlage war zwar einerseits die vorläufige Überführung in die Klinik durchaus notwendig, andererseits liegt zu einer jetzt schon einsetzenden dauernden Zurückhaltung eine Veranlassung nicht vor. C. wurde daher am 12. IX. mittags nach Besprechung der Sachlage mit den oben genannten Herren aus der Klinik entlassen.

5. Es ist möglich, daß die Notwendigkeit vorübergehender oder dauernder Internierung bei S. später eintritt."

Am gleichen Tage wurde S. behördlich in eine Irrenanstalt eingewiesen, aus der er vom Vater am 17. X. gegen Revers abgeholt wurde.

C. verfaßte vor, während und nach dem Aufenthalt in der Klinik Briefe, die er zum Teil drucken ließ und auf der Straße verteilte. Ein Brief an einen Oberst vom 1. VIII. 13 fängt folgendermaßen an: „Gestatten Sie, sehr geehrter Herr Oberst, daß ein Kandidat der Medizin . . . . schutzsuchend vor einer einflußreichen jüdischen Klique mit der Bitte um Rat sich an Ihre Güte wendet, da Sie als Bundeswart des antisemitischen Hammerbundes die Zusammenhänge durchschauen werden". In einem Briefe an die Staatsanwaltschaft vom 6. X. 13 heißt es: „Eingehende Erhebungen der . . . . Staatsanwaltschaft bei . . . . in meiner Sache gegen den jüdischen Oberarzt N. und gegen die anderen Ärzte werden die tieferen Zusammenhänge ergeben, daß noch schlimmer seit Jahren gegen mich von seiten einer zu mächtig gewordenen israelitischen Klique gearbeitet wurde. Grund: Die Juden befürchten unrichtigerweise in mir, dem in Wirklichkeit sein ärztlicher Beruf mehr am Herzen liegt, einen erfolgreichen antisemitischen Führer, weil ich öfters in Versammlungen sprach, die Folgen der Verjudung als nationale Gefahr bei Kollegen und Ministerien wiederholt mit Beweisen vortrug, Oktober 1912 die Resolution von 2000 . . . . Medizinern als Ausdruck eines in Großstädten bereits verzweifelt gewordenen — der deutsche Prof. Y. und sein erster Assistent helfen ganz unerhört den Russen — Ankämpfens einer deutschen Studentenschaft gegen eine slavisch-jüdische Invasion im . . . . Ministerium erfolgreich vertrat. Die Tatsache, daß in meiner Heimatstadt besonders Juden durch Verführen von Töchtern deutscher Familien, deutscher Ehefrauen straflos Selbstmorde und anderes Familienleid, so auch in meiner Familie, verursachen dürfen, ist mit ein Grund,

warum ich den Täuschungen von seiten der Judenschaft entgegenzuarbeiten suche. Es geht aber nicht an, wie die Judenschaft es erstrebt, die 250 000 öffentliche deutsche Antisemiten und die 10 Millionen heimliche Antisemiten einfach für verrückt zu erklären, weil sie die Überzeugung haben, daß die frühere Zeit gerechter und wirksamer als die heutige Zeit mit ihren kostspieligen und kraftraubenden Konkursen und . . . Prozessen sich der Judenplage erwehrte — die Überzeugung haben, daß mehr Leute vom Schlage des X. auf medizinischem Gebiete tätig und einflußreich sind, als die deutsche Allgemeinheit ahnt, und hundertmal mehr Schaden stiften als geisteskranke Mörder; die Überzeugung, daß die medizinischen getauften und ungetauften Juden nur deshalb so hohen Einfluß gewinnen, weil Leute vom Schlage der leichtgläubigen Opfer des X. gerade in der Medizin als Autoritäten merkwürdigerweise zahlreicher sind, als auf anderen Gebieten deutscher Arbeit. Von Nutzen für die Allgemeinheit ist es, wenn die Staatsanwaltschaft und die Regierung in meiner Sache sehen muß, wie diese Opfer die Leute vom Schlage des X. loben und ihnen helfen, bevor ihnen die Augen durch die Früchte der Betätigung geöffnet werden. Für mich waren diese Früchte von Nutzen; ich lernte viel dadurch fürs Leben. Da es mir ferner gelang, auch im . . . . den Anschlag gegen mich zu durchkreuzen, wäre die Sache nicht schlimm. Ich möchte aber endlich meine Ruhe haben vor den fortwährenden Quälereien und für wichtigere Sachen arbeiten, als für Abwehr derselben. Diese Ruhe bekomme ich, wenn durchs Gericht mittelst scharfer Bestrafung des Dr. N. und der anderen Angeklagten im Interesse der Allgemeinheit ein Exempel zur Warnung für andere statuiert wird.

Daher bitte ich die Königl. Staatsanwaltschaft unter Beifügung der Nr. . . . der Kreuzzeitung als Beweismittels, daß Psychiater heutzutage es wagen dürfen sogar über einen Gerichtsbeschluß sich hinwegzusetzen, um zu verhindern, daß die Außenwelt sich mit dem angeblich kranken Oberleutnant X. in der . . . . Irrenanstalt befasse, womöglichst eingehende Erhebungen in meiner Sache auch am . . . . Bezirksamt, . . . Universitätsamt etc. zu veranstalten. Zu diesem Zwecke bitte ich, die vom . . . . Ministerium, Abteilung für ärztliche Staatsprüfung, geforderten und daselbst liegenden Universitätsprüfungszeugnisse, Studienpapiere und schriftlichen Lebenslauf als wichtiges Beweismittel, daß ich fleißig und erfolgreich studierte, einsehen und den Notschrei eines deutschen Mediziners auch im Interesse der Allgemeinheit erhören zu wollen. S. C. cand. med."

Inzwischen hatte die Staatsanwaltschaft unter dem 18. IX. 13 bei der Klinik einen Bericht über die Vorgänge, die zur Aufnahme und Entlassung des C. führten, eingefordert, da C. wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung Strafantrag gestellt hatte. Es wurden daraufhin der Staatsanwaltschaft das Einweisungszeugnis und die oben mitgeteilte Feststellung mit der nötigen Erklärung mitgeteilt.

Später erfuhren wir, daß C. in einer Irrenanstalt famuliert habe; es war dort nur aufgefallen, daß er recht selbstbewußt alle möglichen weltverbessernden Ideen, besonders auch hinsichtlich des akademischen Unterrichtes und der praktischen Ausübung der Medizin gemacht hat; man hielt ihn für einen Psychopathen, aber nicht für einen Geisteskranken. Nachträglich erhielt der Direktor der Anstalt von C. einen Brief, in dem er Äußerungen tat, die sehr den Verdacht eines Verfolgungswahns erwecken mußten. Kürzlich wurde uns von einer Anstalt hier in der Nähe mitgeteilt, C. sei dort gewesen und habe sich um eine Famulusstelle beworben. Finanziell scheint es C. und seiner Familie recht schlecht zu gehen.

Fall 20. G. L., Friseur, geb. 19. VI. 81, aufg. 14. VIII. 05. Die Mutter ist in einer Irrenanstalt; eine Schwester war geisteskrank. Über die Jugend des L. konnte nichts ermittelt werden. Er wurde Friseur und arbeitete angeblich gut. Anfang 1905 litt er an Angstgefühl, Zittern und Kopfweh; seitdem war er nervös. Er wurde auf Antrag der Krankenkasse, versehen mit einem kreisärztlichen Zeugnis der Klinik überwiesen; in diesem Zeugnis heißt es, daß L. gemeingefährlich sei; es wurde daher die Bürgermeisterei ersucht, die Gemeingefährlichkeit durch Zeugen zu beweisen. Am 1. IX. 05 gab der Meister des L. folgendes zu Protokoll: „Am 14. August dieses Jahres machte mich Dr. F. darauf aufmerksam, daß mein Gehilfe L. schon etlichemal bei ihm gewesen sei und ob ich nichts an ihm bemerkt hätte. Ich stellte L. zur Rede . . . Er antwortete hierauf: „Sie sehen den blauen Dunst doch nicht, Sie kennen dies nicht, wo wollen Sie dies herkennen, Sie sind ein Esel. So wird die Welt regiert, die Leute im Hinterhaus hypnotisieren auch; ich sehe meinen Tod vor Augen. Haben Sie am Samstag, als der Schutzmann gekommen ist, nichts bemerkt? Da wurde es mir ganz schwarz vor den Augen". Ich sagte ihm: „aber Mensch, wenn Sie jemand den Hals abgeschnitten hätten", worauf L. antwortete: „da hätt' ich auch

nichts dafür gekonnt". Handlungen, die auf Gemeingefährlichkeit schließen lassen habe ich nicht beobachtet".

Auf das Protokoll hin wurde der Bürgermeisterei geschrieben, daß die Gemeingefährlichkeit nicht hinreichend begründet sei und L. etwa am 20. IX. entlassen würde, wenn nicht weitere Bedenken geltend gemacht würden. Tatsächlich wurde er nicht entlassen, da es immer klarer wurde, daß es sich um einen paranoischen Prozeß handelte, und da der Beruf des Kranken eine besondere Vorsicht für geboten erscheinen ließ. Nachdem er Ende November stärker ängstlich erregt und mißtrauisch geworden war, sich oft sogar sehr ablehnend verhielt, wurde er am 8. XII. in eine Irrenanstalt überführt. Dort war er zeitweise erregt, mißtrauisch und wenig zugänglich. Auf Wunsch seines Bruders wurde er am 20. X. 06 auf 14 Tage zu diesem beurlaubt. Er kam nicht wieder zurück. Am 9. X. 12 bat der Bruder das Armenamt, L. in eine Pflegeanstalt verbringen zu lassen, was am 3. XII. 13 wegen Schwachsinns erfolgte; er ist noch dort.

Es ist nicht immer leicht festzustellen, ob eine Einweisung in eine geschlossene Anstalt rechtzeitig erfolgt ist oder nicht; in Fall 17 waren zweifellos früher schon Eifersuchtsideen aufgetreten, man entschloß sich aber erst zur Internierung als G. drohte; in Fall 18 wartete man Handlungen ab, die allerdings keinen Schaden anrichteten. Dieser Fall liegt überhaupt ganz eigenartig. Mehrere Jahre vor der Aufnahme in die Klinik wurde B. in einem Beleidigungsprozeß wegen Geisteskrankheit freigesprochen. Damals litt B. also schon an Beeinträchtigungsideen, die nun nicht mehr aufhörten, aber sich auch nicht wesentlich steigerten; jedenfalls konnte er seinem Berufe als praktischer Arzt nachgehen. Nur im Frühjahr 1911 ließ er sich hinreißen, eine Frau zu schlagen; dieses bewirkte seine Internierung. Von seiten der Klinik wurde damals ein Ausweg gesucht, da die Gemeingefährlichkeit nicht so hochgradig erschien, daß eine dauernde Zurückhaltung angebracht war. Er wurde darin gefunden, daß B. seinen Wohnsitz wechselte. Tatsächlich ist B. zurzeit in der Lage, seinem Berufe nachzugehen, wenn die Störung auch nicht ganz geschwunden ist. Der Gegensatz zwischen den Angaben des Ärztevereins und der Bürgermeisterei ist nicht verwunderlich. B. wird von den Ärzten noch für krank gehalten, von der Verwaltungsbehörde aber für sozial möglich. Diese Auskunft muß uns aber doch das eine zu bedenken geben, daß Laien sicher nicht immer die geeigneten Personen sind, um entlassene Geisteskranke zu beaufsichtigen.

Bei Fall 16 ist auszusetzen, daß in dem ärztlichen Zeugnis die Aufnahme als freiwillig hingestellt wurde; das genügt bei einem derartigen Kranken unter keinen Umständen. In der Klinik wurde die Prognose ungünstig gestellt; trotzdem entschloß man sich dazu, ihn auf Drängen der Frau gegen Revers zu entlassen. Im Gegensatz zur gestellten Prognose hat H. sich draußen gut gehalten; seit der Entlassung ist aber erst wenig mehr als ein Jahr verflossen. Die Zukunft wird lehren müssen, ob die schlechte Prognosestellung berechtigt war.

Auch bei Fall 19 werden wir sehr gespannt sein dürfen, was die Zukunft uns bringen wird. Wird die Erkrankung so günstig verlaufen, wie in Fall 17? Wir wollen die wichtigsten Punkte zunächst einmal herausgreifen. C. ist Mediziner und steht vor seinem Staatsexamen; er wohnte kurze Zeit als Praktikant in einer Klinik, belästigte das Personal und machte die Ärzte schlecht, eine Handlungsweise, die zu sehr unangenehmen Folgen hätte führen können. Da sie aber nur an der einen Stelle ausgeführt und durch Entfernung des C. weitere Handlungen voraussichtlich verhindert werden konnten, wollte man C. veranlassen, die Klinik zu verlassen. C. weigerte sich aber. Infolgedessen mußte man zur zwangsweisen Internierung greifen. Die Gemeingefährlichkeit bestand

also in Belästigung, Verleumdung und Hausfriedensbruch. Der Klinik genügte dieses, der Verwaltungsbehörde aber zunächst nicht; denn sie stellte den von uns gewünschten Aufnahmeantrag nicht. Die Folge war die Entlassung des S. aus der Klinik. Erst am folgenden Tage entschloß sich die Bürgermeisterei, C. in eine Anstalt einzuweisen. Vielleicht bewog sie dazu der Umstand, daß sie von den Briefen des C., die teilweise von ihm gedruckt und verbreitet worden waren und die häßlichsten Verleumdungen enthielten, Kenntnis erhalten hatte.

Die Frage ist nun die, ob C. dauernd in einer geschlossenen Anstalt festgehalten werden müßte. Würde die nötige Aufsicht außerhalb der Anstalt nicht genügen? Ist zu erwarten, daß er sich fügen wird? Wird er in seinen antisemitischen Bestrebungen und Abwehrmaßregeln fortfahren und, wenn die bisher angewandten Mittel weiter versagen, zu neuen noch gefährlicheren Mitteln greifen?

Was wird geschehen, wenn er zum medizinischen Staatsexamen nicht zugelassen wird?

Tatsächlich wurde C. aus der Anstalt vom Vater gegen Revers abgeholt, es scheint aber dem Vater nicht möglich gewesen zu sein, die erwünschte Aufsicht dauernd auszuüben.

In Fall 20 war die Frage, ob Gemeingefährlichkeit vorliege oder nicht, schwer zu entscheiden; sie wurde zunächst bejaht im Hinblick auf den Beruf des Kranken und die sich während des Aufenthaltes in der Klinik mehr und mehr entwickelnden Wahnideen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß der Kranke unter Aufsicht draußen ganz gut leben konnte; er war etwa 7 Jahre bei seinem Bruder. Er scheint dann so erheblich verblödet zu sein, daß die Aufnahme in eine Pflegeanstalt erforderlich war.

Fall 21. X. J., Taglöhner, geb. 17. XII. 68, aufg. I.: 4. II. 13, II.: 25. II. 13, III.: 25. IV. 13. Eltern an Lungenerkrankungen gestorben. J. war ein mäßiger Schüler. Später wanderte er viel, bis er 1891 eine gute Stelle erhielt, in der er 14 Jahre blieb. 1911 Gallensteinoperation. In der letzten Zeit vor der am 4. II. 13 freiwillig erfolgten Aufnahme in der Klinik war J. deprimiert, lebensmüde, reizbar und eifersüchtig. Hier erholte er sich rasch, wurde munter und zuversichtlich. Am 12. II. wurde er entlassen. Am 19. II. hatte J. mit seinem Schwiegersohn, von dem er glaubte, daß er mit seiner Frau verkehre, einen derart heftigen Wortwechsel, daß ein Schutzmann eingreifen mußte. Die Aufnahme in der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt wurde abgelehnt wegen Fehlens der nötigen Papiere, und da J. keinen geistesgestörten Eindruck mache. Es wurde darauf der Kreisarzt zugezogen, welcher sich von der Geistesstörung des J. auch nicht überzeugen konnte, er ließ sich aber von J. versprechen, daß er zu seinem Bruder nach Bielefeld reisen werde. Da die Reise unterblieb und J. weitere Handlungen vornahm, die immer mehr auf eine geistige Störung hinwiesen, stellte der Kreisarzt das Zeugnis, daß J. geistesgestört und gemeingefährlich sei, aus. Er wurde auf Antrag der Bürgermeisterei am 25. II. 13 aufgenommen. Auf unser Ersuchen wurde zwecks Feststellung der Gemeingefährlichkeit Zeugen vernommen. Ein Nachbar erklärte, am 18. II. habe J. mit dem Kopf eine Schranktür eingerannt, am 19. II. einen Selbstmordversuch durch Erhängen gemacht; in einer Nacht sei die ganze Familie vor ihm geflüchtet, er habe geschrieen: „Wenn ich den erwische, der muß sterben", damit habe er seinen Schwiegersohn gemeint. Der Zeuge glaubte, J. würde sicher noch Unheil angerichtet haben, wenn er nicht rechtzeitig in die Klinik gebracht worden sei. Der älteste Schwiegersohn und ein Schwager des J. sagten aus, J. habe mehrfach Eifersuchtsideen geäußert, die sich stets auf seine Frau und seinen jüngsten Schwiegersohn bezogen hätten; aus Blicken und Kreidestrichen habe er die bedenklichsten Schlüsse gezogen. Der Arzt, der J. zwei Jahre behandelte, hielt ihn nicht für gemeingefährlich. Frau J. gab an, 3 Tage nach der Entlassung aus der Klinik sei es gut gegangen; dann habe ihren Mann eine große Angst geplagt, er habe nicht allein sein wollen, sei stets in ihrer Nähe geblieben; dann seien nachts

die Erregungszustände mit Eifersuchtsideen aufgetreten; er habe gedroht, die ganze Familie und dann sich selbst umzubringen. In einer Nacht habe er sie gegen die Wand geworfen und sich dann auf seinen Schwiegersohn gestürzt, so daß sie alle hätten flüchten müssen. Bald darauf habe er sich in den Keller begeben und sich dort aufgehängt; als sie ihn losgemacht habe, sei er schon bewußtlos gewesen. In der Klinik wurde J. ruhiger, er bereute seine Handlungen, behauptete, er habe sich nur aufgehängt, um seine Frau einzuschüchtern, gab zu, daß seine Eifersuchtsideen unbegründet seien. Am 12. III. wurde er von seinen Angehörigen abgeholt. Er zog zunächst zu seiner ältesten Tochter, versöhnte sich dann aber vollkommen mit seiner Frau und kehrte zu ihr zurück. Bald jedoch traten die alten Erscheinungen wieder auf, so daß er am 25. IV. wieder in die Klinik aufgenommen werden mußte. Die Ehefrau stellte den Antrag; ein kurzes ärztliches Zeugnis wurde beigebracht. Er war bald soweit, daß er im Garten beschäftigt werden konnte. Er entfernte sich am 12. VI. von der Arbeit. Bald darauf verübte er Selbstmord durch Erhängen.

Fall 22. L. M., Schmiedemeister, geb. 12. II. 59, aufg. I.: 16. V. 99, II.: 25. XII. 99, III.: 5. VIII. 01. M. hatte im Sommer 98 Typhus. Am 14. V. 99 äußerte er, nachdem er einige Tage vorher schon sehr schweigsam gewesen war, religiöse Ideen, betete laut. Am 15. V. steigerte sich die Erregung; M. schrie, predigte, entkleidete sich, schlug mit einem Stock auf die Leute ein und warf mit einem Holzscheit Fensterscheiben ein. Dann wurde er plötzlich schweigsam, in sich gekehrt und äußerte Selbstmordideen. Er wurde auf Antrag der Bürgermeisterei mit einem vom Hausarzte ausgefüllten Fragebogen der Klinik überwiesen. Hier beruhigte sich M. allmählich; anfangs traten die ängstlichen Erregungszustände mit großer Heftigkeit auf, nach und nach blaßten sie ab. Am 14. VI. konnte er vom Anfall geheilt entlassen werden.

Schon am 25. XII. wurde er wieder gebracht. Dieses Mal stellte die Ehefrau den Antrag auf Aufnahme; ein kreisärztliches Zeugnis wurde von der Klinik aus eingefordert. Einige Tage vor Weihnachten war er wieder ängstlich geworden. Er fühlte selbst, daß er wieder krank werde und verlangte in die Klinik zurück, was auch ausgeführt wurde. Hier wurde er bald sehr erregt und agressiv, dann apathisch. Zeitweise äußerte er Verfolgungsideen. Anfang April 1900 wurde er ein wenig zugänglicher, die Depression hielt aber an. Am 14. IV. 00 holte seine Frau ihn gegen Revers ab.

Die dritte Aufnahme erfolgte am 5. VIII. 01. Diesesmal erfolgte die Einweisung durch die Bürgermeisterei; der Fragebogen wurde vom Kreisarzt ausgefüllt. M. wurde von 2 bewaffneten Gendarmen und 2 Zivilisten gebracht. Bis Fastnacht 1901 hatte er angeblich nichts Auffälliges geboten. Dann ließ er mit der Arbeit nach und war gereizt. Seit Pfingsten war er bösartig und drohte mit Gewalttaten. Es wurden auf unsere Veranlassung von der Bürgermeisterei Zeugen vernommen, um über die Gemeingefährlichkeit genauere Angaben zu erhalten; die Ehefrau sagte aus: „Der Zustand meines Mannes war besonders in den letzten 4 Wochen so, daß ich mich vor ihm fürchten mußte. Tag und Nacht war er unruhig. So erklärte er täglich, meine Mutter habe ihm Leichengift gegeben. Aus diesem Grunde ging er, so oft er meiner Mutter ansichtig wurde, auf dieselbe los und wollte sie anpacken und zum Fenster hinausstürzen. Dies wurde nur durch mein Dazwischenkommen verhütet. In den letzten 4 Wochen schlief er allein oben in einer Kammer, da er erklärte, ich, meine Mutter, meine Kinder trachteten ihm nach dem Leben. Auch auf seinen Bruder und den Sohn des Bürgermeisters hatte er diesen Verdacht. In seinem Bett hatte er hier 4 dicke Steine liegen, um sie jedem, der hereinkam, an den Kopf zu werfen. Mich bedrohte er mit einem dicken Stock; auch hat er mich einmal blutig geschlagen. Jedenfalls hatten wir, d. h. ich und meine Kinder, solche Angst vor ihm, daß wir nachts die Türe verschlossen und verbarrikadierten. Auch konnten wir kaum schlafen und legten uns meist mit den Kleidern auf's Bett vor Angst, er täte uns etwas zu Leid." Diese Angaben wurden von der Schwiegermutter und den Kindern des M. bestätigt. Die anderen Zeugen, darunter der Bürgermeister gaben an, daß M. sie bedroht, einzelne auch geschlagen habe, jedermann sei ihm aus dem Wege gegangen. — In der Klinik äußerte er immer wieder Verfolgungsideen und meinte auf Fragen, das sei doch ganz bekannt. Hie und da war er sehr erregt; oft stand er abseits, sprach für sich oder drohte und schimpfte zum Fenster hinaus. Am 27. XI. wurde M. in eine Irrenanstalt überführt wo er am 3. V. 13 starb. Er äußerte noch bis zuletzt die gleichen Verfolgungsideen; war bis zum Beginn einer körperlichen Krankheit ein eifriger Gartenarbeiter und in den letzten Jahren nicht mehr gewalttätig.

Fall 23. L. E., Landwirt, geb. 13. I. 67, aufg. I: 16. VII. 96, II: 23. VI. 97. Vater machte einen dementen Eindruck. E. erkrankte zum ersten Male 1891; er arbeitete immer

das Entgegengesetzte von dem, was der Vater haben wollte, wurde leicht gereizt und wollte sich sogar einmal am Vater vergreifen. Seit Februar 1896 arbeitete er fast gar nichts mehr, ging nicht mehr heraus, brütete vor sich hin, hatte zeitweise große Angst vor Schwarzen, die ihm nach seinen Angaben erschienen waren; behauptete, er habe alle bis auf zwei umgebracht. In der Klinik, in die er auf Antrag der Angehörigen gebracht worden war, gab E. auf einfache Fragen richtig Auskunft. Er zeigte wenig Interesse für seine Umgebung, verlangte sehr nach Hause. Die Nahrungsaufnahme war schlecht. In Haltung, Bewegung und Gesprächen bestand eine gewisse Stereotypie. E. weinte viel. Er behauptete, er sei nur auf Betreiben seines Schwagers, der den väterlichen Hof erhalten hatte, hierher gekommen. Zeitweise war er nicht zu bewegen, sein Hemd anzulassen. Es bestand große Neigung zum Entweichen. Gegen Ende des Aufenthaltes wurde das Benehmen des E. ein wenig freier und natürlicher, die Nahrungsaufnahme besser. Die Entlassung nach Hause erfolgte gegen Revers am 20. II. 97 auf Wunsch des Vaters.

Am 13. Juni 97 ersuchte der Schwager des E. die Bürgermeisterei, diesen wieder in eine Anstalt bringen zu lassen, weil er eine Gefahr für die Angehörigen und Nachbaren sei. Er lief nachts umher, verschloß sich in sein Zimmer und drohte dem, der ihm zu nahe kommen wollte. Gegen seinen Schwager und seine Schwester ging er einmal mit einem Messer so energisch vor, daß sein Schwager ihn mit einem Stuhle über den Kopf schlagen mußte, um nicht selbst gestochen zu werden. Ein anderes Mal hätte er seine Schwester fast erwürgt. Der Aufnahmeantrag der Bürgermeisterei wurde abgelehnt wegen Überfüllung der Klinik, trotzdem wurde E. am 22. VI., gebunden, auf einem Handwagen liegend, gebracht und auf Antrag der Angehörigen aufgenommen.

In der Klinik bot er ein ganz ähnliches Bild wie beim ersten Aufenthalt; nur war er zeitweise erregter, unverträglicher und schimpfte laut. Am 16. November wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich noch befindet.

Fall 24. C. C., Portefeuiller, geb. 29. XI. 78, aufg. 22. V. 07. C. war als Kind lebhaft, oft eigensinnig und in der Schule wenig eifrig. Er diente von 1900—1903 und führte sich gut. Vom 23. April bis 19. Juli 1906 war er in einer psychiatrischen Klinik wegen eines Depressionszustandes; er machte sich Vorwürfe, die nicht begründet waren, hatte Angst, äußerte hypochondrische Wahnideen. Im April 1907 brach die Erkrankung von neuem aus. C. wurde putzsüchtig, machte sich auffallende Frisuren, behauptete, er sei mehr als der Kaiser, hielt das Essen für vergiftet, verbrannte noch brauchbare Kleidungsstücke, bot auf der Straße einem Vorübergehenden ein Hemd und eine Unterhose zum Kaufe an, arbeitete nicht mehr, belästigte auf der Straße Personen, die ihm angeblich nicht genügend ausgewichen waren. Im ärztlichen Fragebogen heißt es: „Der Kranke bedarf zu seiner Heilung und zum Schutze seiner Person und seiner Angehörigen der sofortigen Aufnahme in eine Irrenanstalt". C. wurde auf Antrag seines Bruders aufgenommen. In der Klinik geriet C. nicht selten in Kollision mit anderen Kranken infolge paranoischer Mißdeutung harmloser Äußerungen; er drohte hie und da tätlich zu werden. Zeitweise machte er einen ganz gleichgültigen Eindruck und kümmerte sich nicht um seine Umgebung. Seine Sprechweise war maniriert; oft predigte er mit Pathos und sang Kirchenlieder. Haare und Bart ließ er sich nicht schneiden. C. erklärte, er strebe nach dem Richtigen, Höheren. Am 18. Juni wurde er probeweise auf die offene Abteilung verlegt, weil er sich mehrere Tage ruhig und geordnet verhalten hatte; doch mußte er am 6. Juli schon wieder auf die geschlossene Abteilung zurückgebracht werden, da er sehr störend wurde; er stritt mit anderen Kranken, sang und predigte laut. Am 10. Juli hatte er einen heftigen Erregungszustand ohne äußere Ursache; er schrie laut, schlug um sich und verunreinigte das Zimmer. Am 9. August wurde er in eine Irrenanstalt überführt. Dort war er anfangs zeitweise erregt, wurde aber nach und nach ruhiger, so daß er verhältnismäßig selbständig im Freien arbeiten konnte. Auf Wunsch der Angehörigen wurde er am 2. X. 08 entlassen, aber schon am 29. III. 09 wiedergebracht. Er war acht Wochen in einer Lederfabrik Zuschneider gewesen, hatte dann seine Arbeit falsch gemacht, das Leder zerschnitten und war entlassen worden. Zu Hause pfiff und sang er, malte stundenlang Bilder; behauptete, sein Vater habe noch ein geheimes Vermögen, der müsse auch büßen. Einem kleinen Neffen machte er vor, wie man sich aufhänge. Kleidungsgegenstände zerschnitt und verbrannte er. Er befindet sich jetzt noch in der Anstalt, ist leidlich ruhig, stumpf, zerfahren, albern.

Fall 25. H. X., Landwirt, geb. 13. I. 65, aufg. I.: 4. II. 05, II.: 23. III. 06. Der Vater soll im Alter geistesgestört, ein Bruder ein Trinker gewesen sein. X. war bis zum Beginn der Geisteskrankheit fleißig und solide. Aus dem ärztlichen Zeugnis geht hervor,

daß das Leiden mit Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst und Verstimmung begonnen hat. Am 3. II. wurde X. erregt und aggressiv, was auch vom Bürgermeister bescheinigt wurde. Er bedrohte seine Hausgenossen, vor allem seine Frau, die einige Tage zuvor geboren hatte.

In der Klinik, in die er auf Antrag der Bürgermeisterei aufgenommen wurde, äußerte X. Verfolgungsideen, die aber nach und nach abblaßten. Von Ende März an war er ganz ruhig und meinte selbst, er habe eine falsche Idee im Kopfe gehabt. Am 25. VI. 05 wurde er nach Hause entlassen. Am Ende der Krankengeschichte heißt es: „Als sozial möglich mit der Frau in die Heimat entlassen. Dürfte später einmal wieder Objekt der Anstaltspflege werden".

Diese Vermutung bestätigte sich sehr bald. Am 22. III. 06 schoß X. auf einen vorübergehenden Handelsmann, nachdem er schon vorher mehrfach in seinen Hof geschossen hatte, weil er glaubte, er werde verfolgt, wie aus dem ärztlichen Zeugnis und dem Antrag der Bürgermeisterei hervorgeht. Dieses Mal war X. in der Klinik zeitweise erregt; er behauptete, der Mann, auf den er geschossen habe, sei Schuld, daß in seiner Wirtschaft manches fehlgeschlagen sei. Am 4. VII. 06 wurde er in eine Irrenanstalt überführt.

Fall 26. X. C., Gymnasiast, geb. 12. II. 78, aufg. I.: 17. XII. 96, II.: 30. IX. 97. Sein Vater ist tot, galt als Hypochonder; die Mutter starb im Wochenbett, eine Schwester soll leicht reizbar sein. C. rückte im Gymnasium bis zur Unterprima regelmäßig auf; dann blieb er sitzen. Er masturbierte nach seiner Angabe vom 11. Jahre an, rauchte sehr viel und trank früher täglich 1—2 Liter Bier und $^1/_4$ Liter Wein, in der letzten Zeit weniger. Seit kurzem glaubte C. sich von allen Seiten beobachtet; er hörte, wie man ihm auf der Straße zurief: „Der ist verrückt". Er konsultierte einen ihm unbekannten Arzt, klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Husten, Stuhlbeschwerden und erzählte, er glaube von der Haushälterin seines Onkels, bei dem er wohne, vergiftet worden zu sein.

In der Klinik war C. ruhig und gab gut Auskunft; anfangs hielt er an seinen Wahnideen fest, später gab er die Unwahrscheinlichkeit derselben zu. Am 22. Dezember wurde er auf Wunsch des Onkels entlassen. Schon nach einigen Tagen lieh er sich einen Revolver, gab ihn auf Veranlassung des Onkels wieder zurück, kaufte sich dann aber selbst einen. Trotzdem die alte Haushälterin nicht mehr da war, äußerte C. sehr bald wieder Vergiftungsideen. Er wurde in einer Privatanstalt untergebracht. Mitte August wurde er von dort entlassen. Der Leiter der Anstalt schrieb darüber: „Es war uns nicht möglich, ihn zu veranlassen, die Antwort auf ein Telegramm abzuwarten . . . . Nichts verfing bei ihm, er hatte nur spitze, grobe Antworten . . . ." C. wandte sich nach Berlin und schrieb von dort aus mehrmals hierher; er drohte in den Briefen mit dem Staatsanwalt, falls die Entmündigungsfrage nicht sofort erledigt würde, er verlangte eine Erklärung, daß der Mündigkeitserklärung nichts im Wege stehe.

Am 29. September 1897 wurde er verhaftet, weil er auf der Fahrt von B. nach G., bei der er in einem Abteil I. Klasse saß, dem Schaffner, welcher seine Fahrkarte verlangte, einen Revolver entgegenhielt. Am folgenden Tage wurde er wieder in die Klinik verbracht, nachdem er im Polizeigefängnis übernachtet hatte. Er erklärte die Sache mit dem Revolver folgendermaßen: „Seit einigen Tagen wohne er in B. und mache von dort aus Radtouren; zu seinem Schutze habe er sich den Revolver gekauft. Am fraglichen Tage sei er nach B. geradelt, habe, da es dunkel geworden sei, die Bahn benutzen wollen, habe aber kein Geld gehabt. Als nun der Schaffner gekommen sei, habe er ihm den ungeladenen Revolver, den einzigen Gegenstand von Wert, den er bei sich gehabt habe, als Pfand hingehalten. Der Onkel des C. gab bei seiner protokollarischen Vernehmung an, am 26. XII. 96 habe sein Neffe einen Revolver seiner Schwester, Ende Januar 97 dem Oberarzt der Anstalt, in der er sich damals befand, auf Zureden abgegeben. Am 20. VIII. 96 habe er sich wieder einen Revolver mit 50 Patronen gekauft, sei aber nicht zu bewegen gewesen, ihn auszuliefern, weil er den Revolver gebrauche, es seien zu viel Anarchisten auf der Welt. In der Klinik war C. erregt und gereizt, verwahrte sich dauernd gegen seine Inhaftierung, wollte den Pfleger überreden, ihm die Türe zu öffnen. Er deutete an, daß er glaube, die Ärzte steckten mit seinen Verwandten unter einer Decke, wünschte gerichtlich vernommen zu werden, sagte einem Pfleger, die Ärzte hätten sich des Hoch- und Landesverrates schuldig gemacht, es sei für ihn ein kleines, sie ins Gefängnis zu bringen. Am 14. X. 97 wurde er in eine Landesirrenanstalt überführt, wo er 1902 an Tuberkulose starb. Auch dort hatte er immer wieder Beeinträchtigungsideen geäußert; zeitweise lachte und grimassierte er viel; die Erregungszustände wurden nach und nach seltener und weniger heftig; bis kurz vor seinem Tode beschäftigte er sich noch mit der Aufhebung der Entmündigung.

Fall 27. X. N., Kaufmann, geb. 10. V. 78, aufg. 9. XI. 03. Die Mutter ist nervös. N. hatte auf der Fahrt von H. her plötzlich die Notleine gezogen und das Personal mit einem Revolver bedroht. Der Überführung in die Klinik setzte er den heftigsten Widerstand entgegen; den Aufnahmeantrag stellte die Bürgermeisterei unter Hinzufügung eines kurzen Berichtes der Schutzleute, die N. festgenommen hatten; der ärztliche Fragebogen wurde von dem Kreisarzt ausgefertigt. Hier gab N. an, man habe ihm Gift in die Speisen getan, sein Urin rieche so stark, daß alle Leute in seiner Umgebung sich die Nase zuhielten. Er war sehr ängstlich und verlangte andauernd die Zusicherung, daß er nicht umgebracht werde. Schon nach einigen Tagen ließen die Verfolgungsideen nach; doch wichen sie nicht ganz. Solange N. in der Klinik war, blieb er mißtrauisch, äußerte Bedenken, roch an den Speisen und ließ auch hie und da in Gesprächen seine Wahnideen durchblicken. Am 3. XII. wurde er von seinen Eltern in ihre Heimat nach H. mitgenommen. Es wurde ihnen bedeutet, daß ihr Sohn unbedingt der Anstaltspflege bedürfe und gemeingefährlich sei. Sie brachten ihn schon am folgenden Tage in eine Privatanstalt bei H., aus der er gegen den Willen der Ärzte unter Hinweis auf die schlimmen Folgen, welche die Entlassung nach sich ziehen könne, vom Vater am 10. I. 04 abgeholt wurde, um den Versuch zu machen, ihn zu Hause zu halten. Schon am 9. II. erwies sich die Aufnahme in eine geschlossene Anstalt als unbedingt nötig, da er infolge seiner Wahnideen und der großen Reizbarkeit für seine Umgebung wieder gefährlich wurde. Er wurde in eine öffentliche Irrenanstalt verbracht, wo er sich noch befindet. Er ist stark verblödet, hat hie und da ganz plötzlich auftretende und ebenso rasch wieder vorübergehende heftige Erregungszustände und halluziniert noch sehr.

Fall 28. B. G., Gärtner, geb. 21. III. 79, aufg. I.: 5. V. 96, II.: 7. VIII. 01, III.: 14. IX. 10, IV.: 12. VI. 12. Der Vater trank zeitweise stark, war dann erregt, mißhandelte seine Frau und machte einen geistesgestörten Eindruck. G. zeigte seit seinem 14. Lebensjahre zeitweise Anfälle von geistiger Störung; er wurde sehr erregt, zerriß seine Kleider und griff seine Umgebung an. Von Februar 1894 bis Februar 1895 war er in einer Privatanstalt. Am 5. Mai 96 wurde er auf Antrag seiner Angehörigen in die Klinik aufgenommen. Im ärztlichen ausführlichen Zeugnis heißt es: „Unverträglich, mißtrauisch, bedrohte die Umgebung mit dem Messer . . . . Bekommt Zornaffekte, entkleidet sich, hat Neigung zum Zerstören". G. beruhigte sich hier ziemlich rasch, bekam dann Ende Mai noch einen kurzen Erregungszustand und wurde am 26. VII. 96 vom Anfall genesen entlassen. Die zweite Aufnahme erfolgte auf Antrag der Bürgermeisterei am 7. VIII. 01. Ein kurzes ärztliches Zeugnis besagt, daß G. zu Zerstörung neigt und seine Anwesenheit im Krankenhaus mit direkter Gefahr für die Bewohner verknüpft ist. Hier war er anfangs äußerst erregt; nach und nach trat Beruhigung ein; er wurde im Garten beschäftigt und am 11. XII. 01 in Remission nach Hause entlassen. Am 14. IX. 10 wurde G. zum dritten Mal aufgenommen; er soll in der Zwischenzeit ruhig und fleißig gewesen sein. Am 10. IX. hatte er den ganzen Tag getrunken und seitdem war er erregt; am 12. IX. demolierte er seine Wohnung, lief im Hemd auf die Straße. Er wurde mit einem kurzen ärztlichen Zeugnis auf Veranlassung der Ortskrankenkasse hier aufgenommen. Hier war er länger als früher erregt, griff die Pfleger an und zerriß seine Kleider. Ende November beruhigte er sich; für die Erregungszustände hatte er keine Erinnerung. Am 3. XII. 10 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er etwa ein Jahr blieb; dann verbrachte er einige Monate in seiner Heimat. In den letzten Tagen vor der vierten Aufnahme, die am 12. VI. 12 erfolgte, besuchte er wieder oft Wirtshäuser. Er wurde erregt, kletterte auf die Dächer, griff seine Umgebung mit einer Heugabel an, so daß er in Schutzhaft genommen werden mußte. Er sah Mäuse, zitterte stark und war schlaflos. Er wurde hier auf Antrag der Ortskrankenkasse mit einem kurzen ärztlichen Zeugnis aufgenommen und bot den gleichen heftigen Erregungszustand wie beim 3. Aufenthalt. Er wurde am 11. VII. 12 in eine Irrenanstalt überführt, wo er bis zum 16. III. 13 blieb. Er hatte sich dort in der Gärtnerei recht nützlich gemacht. Er wurde zunächst zu seinem Bruder entlassen.

Fall 29. H. S., ohne Beruf, geb. 2. X. 72, aufg. 9. I. 04. Vater ist etwas nervös, ebenso eine Schwester der Mutter. S. war in der Schule leicht zerstreut, machte aber 1892 das Abiturientenexamen. Er studierte anfangs alte Sprachen, dann Jura bis 1895. Zu der Zeit zeigte sich bei ihm eine gewisse Haltlosigkeit; er trieb Dinge, die für seine Zukunft nicht taugten, dichtete, musizierte, schwärmte für Theater; dabei trank er gern und viel; schon morgens früh nahm er Alkohol zu sich. Von 1895—97 war er in einer Privatanstalt, gebessert kam er nach Hause. 1898 ging er nach Heidelberg; dort trank er wieder, so daß er zu Hause gehalten und das Studium aufgegeben werden mußte. Er war harmlos und

lebte in den Tag hinein. Über die Zukunft hatte er ganz unklare Anschauungen. Sylvester 1904 trank er zu Hause $^1/_2$ Liter Arrak; daraufhin wurde er aufgeregt. Auf seinen Wunsch machte ihm seine Mutter Glühwein. Als er noch mehr verlangte und dieses ihm abgeschlagen wurde, zog er einen Revolver aus der Tasche und bedrohte einen anwesenden Herrn, der geraten hatte, ihm nicht mehr Alkohol zu geben. Der Herr entfernte sich sofort und S. spielte noch bis 1 Uhr nachts Klavier. Der Herr meldete den Vorfall bei der Polizei; infolgedessen wurde S. ins Krankenhaus und von dort in unsere Klinik verbracht; den Aufnahmeantrag stellte der Vater.

Im Krankenhause äußerte er Verfolgungsideen und schlug mehrere Scheiben ein. Er soll auch versucht haben, sich die Adern aufzuschneiden. In der Klinik gab er an, oft große Angst zu haben; anfangs war er noch leicht benommen. Er will zeitweise Stimmen hören, „eine Summe unbestimmter Stimmen"; in solchen Zuständen habe er getrunken. Am 9. II. 04 wurde er nach Hause entlassen und ihm der Rat erteilt, vollkommen abstinent zu leben. 1908 wurde er wegen Trunksucht entmündigt, 1910—12 in einer Irrenanstalt verpflegt. Am 22. XI. 13 mußte er, da er Tag für Tag betrunken war und auf Verwarnungen nicht reagierte, wieder in eine Irrenanstalt überführt werden, er befindet sich noch dort. Mit dem Strafgesetz soll er nicht in Konflikt gekommen sein; er drohte aber gewalttätig zu werden, als er von seiner beabsichtigten Internierung hörte. In der Anstalt hält er sich gut, ist aber von sich eingenommen und neckt gern die Mitkranken.

Fall 30. J. T., Wirt und Schlosser, geb. 24. IX. 54, aufg. 24. XI. 05. Mutter ist tiefsinnig, eine Schwester nervenleidend. T. erlernte die Schlosserei und war in Kaiserslautern, Warschau, Paris und anderen Städten, zuletzt seit 1890 in O. tätig; er soll damals schon viel getrunken haben. Seit 1904 betrieb er nebenher eine Gastwirtschaft. Er arbeitete früher regelmäßig und sorgte ausreichend für seine Familie. Seit 1903 war T. leicht unzufrieden, hatte häufig Räusche und unterbrach ohne Grund die Arbeit. Auch nüchtern war er sehr reizbar. Kurze Zeit vor der Aufnahme war T. von dem Wahne beherrscht, seine Frau sei ihm untreu. Er beschimpfte Frau und Kinder vor den Gästen mit unflätigen Ausdrücken, zerschlug Geschirr und trat Türen ein, äußerte die Absicht, er wolle sich erhängen. In dem vom Kreisarzte ausgestellten Fragebogen heißt es: „Gemeingefährlich für den Familienfrieden, für die Sittlichkeit der Kinder und durch den maßlos gesteigerten Geschlechtstrieb für die Gesundheit seiner Frau". — Er hat auch schon mit dem offenen Messer gedroht: „Wer mir zu nahe kommt, den steche ich zusammen".

Die Aufnahme in die Klinik erfolgte auf Antrag der Bürgermeisterei. Hier beruhigte T. sich bald, hielt aber an der Idee fest, daß seine Frau ihn hintergangen habe; getrunken habe er nur, wenn er gereizt worden sei. Versprach, sich zu Hause ruhig zu verhalten und der Frau alles zu verzeihen. Am 19. XII. wurde die Bürgermeisterei ersucht, über die Gemeingefährlichkeit Erhebungen anzustellen, und zugleich mitgeteilt, daß eine Entlassung des T. in Erwägung zu ziehen sei. Da das Schreiben unbeantwortet blieb, wurde T. am 27. XII. gebessert nach Hause entlassen. Eine Anfrage bei der Heimatbehörde ergab: „T. bekommt alle 4—5 Wochen Anfälle und bleibt dann kurze Zeit von der Arbeit fort. In der letzten Zeit waren die Anfälle so stark, daß die Ehefrau den Antrag auf Aufnahme in eine Anstalt stellen wollte, zumal T. dann nicht weiß, was er tut und seine Umgebung bedroht. Nach 2—3 Tagen tritt dann immer wieder Besserung ein."

Fall 31. H. B., Büroschreiber, geb. 10. V. 72, aufg. I.: 11. I. 02, II.: 11. III. 02. Mutter in einer Irrenanstalt, leidet an Größenideen; ein Bruder ist dort gestorben, litt auch an Größenwahn. B. diente, kapitulierte und war zwei Jahre Sanitätsunteroffizier, wurde dienstuntauglich infolge eines Bronchialkatarrhs. Er war dann in kaufmännischen Büros tätig, aber auch oft stellenlos. B. hielt es schon Jahre lang in keiner Stelle längere Zeit aus. Vor zwei Jahren hielt er sich für den Auserwählten der Tochter seines Prinzipals, eines Geh. Kommerzienrats. Er glaubte, die Dame habe ihm durch Winken und Deuten ihre Zuneigung verraten. Er verschaffte sich Zutritt zu seinem Prinzipal und bat um die Hand seiner Tochter. Nach seiner Entlassung glaubte er, aus einem ganz belanglosen Briefe eines Stellenvermittlers herauszulesen, daß er die Heiratsangelegenheit wieder betreiben solle. Der ärztliche Fragebogen enthält den Vermerk: „Gemeingefährlichkeit ist durch die Untersuchung nicht festgestellt worden".

In die Klinik kam er freiwillig; er hielt an seiner Ansicht fest; er wollte nach seiner Entlassung seinen früheren Prinzipal nochmals um die Hand seiner Tochter bitten oder von ihm eine Entschädigung von 100 000 Mark verlangen. Am 1. III. wurde B. entlassen.

„Bei der Unmöglichkeit, ihn nach dem jetzt bestehenden Modus der freiwilligen Aufnahme länger zu halten, Entlassung, obwohl an der Diagnose Paranoia kein Zweifel sein kann. Verdacht auf Gemeingefährlichkeit besteht zurzeit nicht".

Die zweite Aufnahme erfolgte wieder freiwillig, trotzdem die Bürgermeisterei um Aufnahmeantrag, kreisärztliches Zeugnis und Gemeingefährlichkeitsprotokoll ersucht worden war; letzteres wurde nachträglich (unter dem 28. III. 02) geschickt und lautet: „daß wir den B. für gemeingefährlich halten. Derselbe ist zu verschiedenen Zeiten unberechtigt in die Fabrik von K. O. eingedrungen und hat sich dort in einer Weise gebärdet, daß polizeiliche Hilfe nachgesucht wurde. B. hatte bei einem solchen Eindringen gegen Herrn N., Schwiegersohn des Herrn O., eine drohende Haltung angenommen. Herr N. war damals sogar auf einen tätlichen Angriff gefaßt. Auch auf dem Polizeiamt zeigte sich B. in einer Weise, die alles von ihm erwarten ließ. Er erging sich wiederholt in dunklen Drohungen und war nur zu beruhigen, wenn man ihm Hoffnung auf Erfüllung seiner Wünsche machte".

In der Klinik brachte B. immer wieder die gleichen Wahnideen vor wie früher, er hielt sich von den anderen Kranken fern, da sie ihm nicht ebenbürtig zu sein schienen. Der Gedanke, daß die Tochter seines früheren Prinzipals seine Frau werden müsse, trat am Schlusse seines Aufenthalts in der Klinik noch gefestigter hervor; so fragte er kurz vor der Transferierung, ob seine Frau ihn nicht besuchen könne; auf die Erwiderung, er habe doch keine Frau, entgegnete er, daß Fräulein O. doch jetzt so gut wie seine Frau sei, das sei ja doch gleich. Am 6. Juni 1902 wurde B. in eine klösterliche Anstalt überführt, wo er sich noch befindet. Anfangs war er leicht erregt und lästig; nach und nach wurde er stumpfer. Immer wieder bringt er konfuse Größenideen vor. Einfache Arbeiten verrichtet er gut.

Fall 32. B. C., Taglöhnersfrau, geb. 8. X. 62, aufg. I.: 19. X. 03, II.: 26. I. 04 III.: 28. XII. 06. Angeblich keine erbliche Belastung. Ehe bis zum Frühjahr 1903 glücklich; dann traten Eifersuchtsideen auf; C. glaubte, ihr Mann habe sexuellen Verkehr mit der eigenen Tochter und anderen Frauen. Es kam zu einer gerichtlichen Verhandlung, durch die die Schuldlosigkeit des Ehemannes erwiesen wurde. C. beruhigte sich aber nicht, machte dem Manne dauernd Vorwürfe, vernachlässigte den Haushalt und versuchte sich das Leben zu nehmen. Am 19. X. 03 wurde C. auf Grund eines ausführlichen ärztlichen Zeugnisses in die Klinik aufgenommen. Sie beruhigte sich bald und gab selbst zu, krank gewesen zu sein und ihrem Mann Unrecht getan zu haben. Am 20. XII. 03 wurde sie probeweise entlassen, am 26. I. 04 aber schon wieder vom Ehemanne gebracht mit einem neuen ärztlichen Zeugnis. Sie hatte auf Grund der alsbald wieder aufgetretenen Wahnideen dem Ehemann daheim und in der Öffentlichkeit Szenen gemacht, ihn tätlich angegriffen und nachts gelärmt, so daß die Nachbarschaft geweckt wurde. Hier hielt sich C. leidlich; doch hielt sie dieses Mal an ihren Wahnideen fest. Trotzdem wurde sie am 10. IV. 04 von ihrem Manne wieder abgeholt. Sie hielt sich zunächst zu Hause verhältnismäßig gut. Im Juni 06 fragte das zuständige Kreisamt an, ob C. aufgenommen werden könne; sie sei bayerische Staatsangehörige und solle später in eine bayerische Anstalt überführt werden. Die Aufnahme wurde abgelehnt und ersucht, die Kranke sofort in eine bayerische Anstalt zu verbringen. Die bayerische Behörde (Bezirksamt) lehnte die Übernahme aber ab mit folgender Begründung: „Eine, wenn auch nur vorübergehende Unterbringung der C. in eine bayerische Irrenanstalt erscheint nur statthaft entweder mit deren Einwilligung oder aber, wenn die Voraussetzungen zur polizeilichen Verwahrung nach Art. 80 Pol. St. G. B. gegeben sind, d. i. wenn durch die C. die öffentliche Sicherheit oder Sittlichkeit gefährdet würde". Dafür liege aber kein genügender Grund vor. „Die C. hat weder Angriffe gegen Personen oder fremdes Eigentum verübt, noch ist ihre Gemeingefährlichkeit in anderer Weise festgestellt, auch hat sie die öffentliche Sicherheit nicht verletzt, denn die Ausflüsse ihrer immerhin nur zeitweiligen sexuellen Erregungen, von welchen das Zeugnis des praktischen Arztes Dr. C. spricht, spielten sich nicht in der Öffentlichkeit ab . . . . Die allerdings nicht zu leugnenden schädlichen Einflüsse und Folgen, welche derartige Vorkommnisse auf die Entwicklung des Charakters der Kinder ausüben, reichen nicht aus zur zwangsweisen Einschaffung in eine Irrenanstalt". Die Überführung unterblieb infolge dieses Bescheides. Die Familie verzog in einen anderen hessischen Ort. Das nunmehr zuständige Kreisamt stellte im Dezember 06 den Antrag auf Aufnahme in die Klinik, die zugesagt wurde und am 28. XII. erfolgte. In dem kreisärztlichen Zeugnis heißt es: „. . . . Die Krankheit ist wieder erneut aufgetreten; C. schimpft in gemeiner Weise ihren Mann und ihre Kinder,

bedroht und mißhandelt ihre Angehörigen und verlangt von dem schwächlich gebauten Mann nach dessen Angabe, so oft sie ihn sieht, . . . den Beischlaf. In der vorletzten Nacht ist sie im Hemd fortgelaufen und wollte sich ins Wasser stürzen . . . . ., auch jetzt versuchte sie noch durchs Fenster zu springen, war ganz wütend und gefährlich gegen Mann und erwachsene Söhne, die sie kaum bändigen konnten . . ." Nach Angabe des Mannes warf sie ihm tagtäglich eheliche Untreue vor und beschimpfte ihn mit „Hurenkerl, Sauhund, Schuft" im Beisein der Kinder. Ihrer 14jährigen Tochter sagte sie unter Hinweis auf den Vater: „Da steht Dein Bursch! Gib acht, daß er Dir kein Kind macht". Fehlt etwas, so hat es der Mann „seinen Huren" hingetragen. C. geht mit einem Beil ins Bett und stellt an den Mann unmäßige sexuelle Anforderungen. Einmal traf sie ihn mit einem Schemel hinter dem Ohre. Hier verhielt sich C. ruhig, war heiter und zugänglich; sagte gleich in den ersten Tagen, ihre Eifersuchtsideen seien krankhaft gewesen, jetzt sei alles vorbei. Wurde am 1. III. in die Frauenklinik verlegt zwecks Entbindung und am 15. III. wieder aufgenommen. Stellte auch jetzt wieder alles, was vorgefallen war, als harmlos oder krankhaft hin; war stets gezwungen heiter. Wurde am 8. IX. 07 in eine Irrenanstalt überführt, wo sie sich noch befindet. Sie ist zeitweise verstimmt und weist leicht schwachsinnige Züge auf. Sie verhält sich ruhig und geordnet.

Fall 33. B. W., Stationsassistentenfrau, geb. 16. XI. 59, aufg. I.: 16. IV. 01, II.: 21. V. 01. Vater soll Trinker und jähzornig gewesen sein; er sowie einer seiner Söhne starben durch Suicid. W. heiratete mit 22 Jahren, gebar 7 mal und hatte danach noch 5 Aborte. Seit Jahren reizbar, mißtrauisch gegen Mann und Kinder. Starker sexueller Trieb. Schimpfte auf die älteste Tochter in Gegenwart der kleineren Geschwistern in den gemeinsten Ausdrücken; die Vorwürfe waren ganz ungerechtfertigt. Anfang März 01 Suicidversuch, später Bedrohung des Mannes, schlug und trat nach ihm. Die Aufnahme erfolgte am 16. IV. 01 auf Antrag des Ehemannes und auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses. W. entschuldigte auf Befragen des Arztes den Angriff auf ihren Mann damit, weil ihr Mann ihr die eheliche Treue nicht halte, er gehe seit einiger Zeit immer zu einer anderen Frau. Der Ehemann bestritt diese Angabe. In der Klinik erholte sich W. gut. Sie verhielt sich ruhig und geordnet. Am 27. IV. 01 wurde sie auf ihren und ihres Mannes Wunsch entlassen.

Am 21. V. mußte sie wieder aufgenommen werden. Die Eifersuchtsideen waren immer stärker geworden. Tag und Nacht machte sie ihrem Manne Vorwürfe; ging bei den Kollegen des Mannes und in der Nachbarschaft herum und suchte ihn schlecht zu machen. Bot Leuten Geld an, damit sie ihrem Manne aufpassen sollten; mehrere ließen sich darauf ein und hinterbrachten der Frau Liebesabenteuer des Mannes, die sie gesehen haben wollten, die aber vom Manne ganz und gar bestritten wurden. Durch die Angaben wurde die Frau noch erregter, erging sich in den schwersten Drohungen gegen die Person, mit der ihr Mann verkehrt haben sollte, spuckte sie an, schimpfte auf sie in den gemeinsten Ausdrücken und wollte einmal mit einem großen Messer bewaffnet aus dem Hause laufen, um sie umzubringen. Ferner warf sie dem Manne vor, daß er ihr Gift gegeben habe, um sie aus dem Wege zu räumen. W. mußte mit Gewalt in die Klinik gebracht werden. Hier war sie anfangs sehr deprimiert, äußerte auch noch mehrfach die Idee, ihr Mann habe sie vergiften wollen, und glaubte, manche leichte körperliche Beschwerde darauf zurückführen zu müssen. Später wurde sie ruhiger, war zufrieden und half fleißig bei der Hausarbeit. Auf Wunsch des Mannes wurde sie am 13. VI. 01 aus der Klinik entlassen; es wurde ihm ausdrücklich mitgeteilt, daß die hier eingetretene Besserung sehr wahrscheinlich nicht von Dauer sein werde.

Schon einige Tage später wurde um Wiederaufnahme nachgesucht; sie wurde zugesagt für den Fall, daß eine amtliche Beglaubigung der Gemeingefährlichkeit der W. erbracht werde. Daraufhin erfolgte nichts. Erst am 27. IX. 01 bat der Ehemann nochmals um Wiederaufnahme und am 30. IX. 01 sandte uns die Bürgermeisterei die Vernehmungsprotokolle über die Gemeingefährlichkeit vom 25. VII. sowie eine Erklärung des Kreisarztes vom 17. IX., woraufhin die Aufnahme zugesagt wurde; am 15. X. erhielten wir noch weitere Protokolle vom 3. X. Nach den Protokollen besteht kein Zweifel, daß der Ehemann keine Beziehungen zu irgend einer Frau hatte. Von Interesse sind noch die Aussagen über die Gemeingefährlichkeit und Geisteskrankheit der W., ihre Tochter erklärte: „Sie (die Mutter) hat . . . Frau B. insofern bedroht, als sie sich mit dem Messer in der Hand äußerte, wenn sie jetzt Frau B. erwische, würde sie ihr die Kehle durchschneiden. Auch meinem Vater gegenüber hat meine Mutter schon Drohungen ausgestoßen. Ich glaube aber nicht, daß sie die Drohungen ausführen wird, da sie meinen Vater zu gern hat und die Drohungen auch nur aus-

stößt, wenn sie in großer Erregung ist. Von einer Verbringung meiner Mutter in eine Irrenanstalt verspreche ich mir nicht viel, da es dann meiner Ansicht nach noch viel schlimmer wird. Ich glaube, daß nur eine Besserung in dem Zustande meiner Mutter eintritt, wenn ihrem Wunsche nach Versetzung meines Vaters an einen anderen Ort entsprochen würde". Eine Nachbarin gab an: „Ich kann . . . nicht annehmen, daß Frau W. geisteskrank sein soll", eine andere: „Ich kenne Frau W. nur als eine fleißige, sparsame Frau und kann nicht annehmen, daß sie geistesgestört sein soll", eine dritte endlich: „Als ich Frau W. kennen gelernt hatte, machte sie auf mich den Eindruck, als wenn sie sehr aufgeregt sei, und es ist mir auch ihr starrer Blick aufgefallen . . . . Ich habe nie Gewicht auf ihre Klagen gelegt." Alle drei Zeugen konnten über die Gemeingefährlichkeit nichts angeben. Die Frau, von der Frau W. annahm, daß sie mit ihrem Mann verkehrt habe, erklärte, Frau W. habe sie aufgefordert, bei ihr Kartoffeln zu stecken, sie sei aber nicht hingegangen. Als sie später der Frau W. begegnet sei, habe sie sie mit den häßlichsten Ausdrücken beschimpft und ihr erklärt: „Wären Sie damals (zum Kartoffelstecken) gekommen, ich hätte sie schon von der Welt geschafft." Ein anderes Mal wäre Frau W. sicher tätlich geworden, wenn sie von ihrem 16jährigen Sohne nicht gehalten worden sei. Sie glaube, daß Frau W., wenn sie nicht in Sicherheit komme, gegen ihren Mann und gegen sie — die Zeugin — noch tätlich werde. In dem kreisärztlichen Zeugnis heißt es: „Frau W. fährt fort, ihren Ehemann der Untreue zu beschuldigen, untergräbt sein Ansehen bei seinen Vorgesetzten, beantragte seine Versetzung und, wie es schien, nicht ganz ohne Erfolg. Frau W. drohte der Frau B. Vitriol ins Gesicht zu schütten und beauftragte ihren Sohn, solches zu holen . . . . Wir beantragen die Aufnahme der Frau W. in eine Irrenanstalt."

Die Aufnahme erfolgte nicht, um einen Skandal zu vermeiden, da die Kranke sich aufs äußerste widersetzte und ihre erwachsenen Kinder, sowie andere Leute ihre Partei ergriffen.

Erst am 4. IX. 03 erfolgte die Aufnahme in eine Irrenanstalt, da Frau W. an ihren Wahnideen festhielt. Entweichung 29. X. 03. Wiederaufnahme 14. XII. 03. Hatte zu Hause wieder jedes Geräusch und jede Äußerung falsch ausgelegt und daraus erkennen wollen, daß ihr Mann mit anderen Frauen verkehrte. Am 6. IX. 05 erklärten Ehemann und Vormund, daß sie unter ihrer Verantwortung Frau W. mitnehmen wollten. Da die Bürgermeisterei sich einverstanden erklärte, wurde sie gegen ärztlichen Rat entlassen. Schon am 1. IV. 06 wurde sie wiedergebracht, da der gleiche Zustand wie früher eingetreten war. Ende 1907 erfolgte die Ehescheidung. W. befindet sich noch in der Anstalt, äußert massenhaft Wahnideen und ist zeitweise erregt.

Fall 34. J. T., Basaltsteinrichter, geb. 5. IX. 72, aufg. I.: 5. IV. 03, II.: 1. X. 03. Keine erbliche Belastung. T. beschäftigte sich von jeher mehr mit religiösen als mit weltlichen Sachen; seit Anfang März will er die Stimme Gottes hören, welche ihm sagte, er solle verzaubert und vom Satan versucht werden. Im kreisärztlichen Zeugnis heißt es: „Er wehrt sich gegen die Verzauberungen, indem er ganze Nächte lang betet, von Hause wegbleibt und den vermeintlichen Zauberern aufpaßt. Es bestehen Sinnestäuschungen des Gesichts und Gehörs, ferner ist Katalepsie vorhanden", und weiter: „Wir halten die Aufnahme für nötig, da seine Verpflegung im Hause nicht möglich ist, und er auch aus den oben berichteten Gründen seiner Umgebung gefährlich werden kann". T. wurde auf Antrag der Schwester in die Klinik aufgenommen. Hier äußerte er die gleichen Verfolgungsideen wie bisher, sowie Größenideen, war aber ruhig und später auch heiter und zufrieden, er beschäftigte sich wenig. An seinen Wahnideen hielt er bis zuletzt fest. Er wurde auf Wunsch seiner Frau, die sich in bedrängter Lage befand, versuchsweise am 7. V. entlassen. Er konnte sich aber nur kurze Zeit draußen halten. Der Kreisarzt bescheinigte unter dem 5. IX. 03, daß die Wiederaufnahme von T. in die Klinik dringend notwendig sei, da die Wahnidee, daß er verzaubert werde, ihn wieder ganz beherrsche; er habe sich auf der Straße entkleidet, sei in den Wäldern umhergeirrt und habe einen Herrn unter dem Ausrufe „Glaubst Du an Luzifer" bedroht. Hierauf stellte der Bruder des T. den Antrag, den Kranken zu sich zu nehmen zu dürfen. Der Kreisarzt widersprach nicht im Hinblick darauf, daß die Klinik die Entlassung riskiert hatte, daß manchmal ein Ortswechsel die Wahnideen in den Hintergrund drängt und daß eventuell die Arbeitskraft des Kranken noch einige Zeit seiner Familie hätte nützen können. In dem zweiten Zeugnis vom 29. IX. heißt es nun aber weiter: „Der Bruder kommt jedoch den übernommenen Verpflichtungen nicht nach oder ist hierzu nicht imstande. Der Kranke hält sich seit einiger Zeit wieder in Sch. auf. Sein

Zustand hat sich . . . ganz erheblich verschlimmert . . . . Es ist ihm von seinem Hauswirt die Wohnung gekündigt . . . . Er hat gedroht: „Es soll nur einer kommen, welcher die Möbel anrührt." Bei der Untersuchung war kein Wort aus ihm herauszubringen. Er faßte das Messer, mit dem er gerade Kuchen schnitt, in die volle Faust und starrte den Unterzeichneten fortwährend an."

Am 1. X. 03 wurde T. gefesselt in Begleitung von zwei Gendarmen in Zivil zur Klinik gebracht. Den Aufnahmeantrag stellte die Bürgermeisterei. Hier bot er die gleichen Wahnideen wie bisher, wurde aber auch dieses Mal wieder ruhiger und heiterer. Am 3. XII. wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich noch befindet. Er ist zeitweise sehr erregt, gewalttätig und erotisch, führt verworrene Reden, hat zahlreiche Größen-, Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen.

Die Zahl der Kranken, die ohne Erfolg entlassen werden, ist leider noch sehr groß; man muß sich dann jedesmal die Frage vorlegen: Durfte die Anstalt den Kranken entlassen? Wäre ein Revers, wäre eine Anfrage bei der Verwaltungsbehörde notwendig gewesen? Sehen wir die letzten Krankengeschichten einmal daraufhin an. Bei Fall 21, 22 und 23 hatte die Klinik keine Veranlassung den Kranken beim ersten Aufenthalt länger zurückzuhalten, bei Fall 24 war eine erhebliche Besserung eingetreten, so daß man die Entlassung versuchen mußte. Bei Fall 25 und 26, der zweiten Entlassung in Fall 21 und der ersten in Fall 32 fällt auf, daß die Kranken bald selbst versicherten, ihre Ideen seien falsch gewesen; diese Äußerungen haben vielleicht Einfluß auf die Entlassungsfrage ausgeübt, wenn man ihnen auch nicht glaubte, denn X. wurde nur als sozial möglich entlassen, während bei C. und J. sicher der Einfluß der Angehörigen eine Rolle spielte. Jedenfalls hat die Zukunft gelehrt, daß in beiden Fällen die Entlassung besser unterblieben wäre.

Auf Fall 26 müssen wir noch näher eingehen; C. wurde bald nach der Entlassung aus der Klinik in einer Privatanstalt untergebracht und wurde aus dieser, ebenso wie N. in Fall 27, entlassen, obwohl die Wahnideen noch fortbestanden und — wenigstens in Fall 27 — der Kranke gemeingefährlich war. Es wäre Unrecht, deswegen auf die Privatanstalten mit Steinen werfen zu wollen; man muß sich doch vorstellen, mit welchen Schwierigkeiten sie zu kämpfen haben, vor allem auch, welches Mißtrauen im Publikum noch gegen sie besteht.

In den Fällen 28, 29 und 30 handelt es sich um Alkoholiker. Prüft man im ersteren die Intervalle, in denen G. zu Hause war und fleißig gearbeitet hat, so muß man sich fragen, ob für ihn eine dauernde Internierung angebracht gewesen wäre; andererseits muß man sich bewußt sein, daß Erregungszustände, wie sie bei G. vorgekommen sind. unbedingt unterdrückt werden müssen, bevor sie zum Ausbruche kommen. In Fall 29 waren alle Entlassungen erfolglos.

Fall 30 und 31 zeichnen sich dadurch aus, daß die Behörden der Entlassung nicht widersprachen. Bei T. schien man wieder so lange mit der Einweisung in eine Anstalt warten zu wollen, bis eine schwere Bedrohung oder gar ein Unglück geschehen war. In Fall 31 muß man sich wundern, wie schwerfällig die Behörde war; trotz unserer Vorstellungen erfolgte die Aufnahme des Kranken auf eigenen Wunsch und nicht auf Antrag der Behörde; erst sehr spät erhielten wir die Unterlagen, die wir zur Festhaltung wider Willen des Kranken nötig hatten. Auch in Fall 32 trugen die Behörden daran Schuld, daß die Kranke solange nicht in eine Irrenanstalt verbracht wurde, oder besser gesagt, die Art der Auslegung des Begriffes „gemeingefährlich". Ebenso traf in Fall 33 eine Verzögerung durch die Behörde ein, weil die Protokolle über die Gemeingefähr-

lichkeit ziemlich spät einliefen. Die Klinik hatte sie vor der zweiten Aufnahme verlangt, weil sie im Zweifel war, ob die Kranke nicht mit Recht eifersüchtig war. Gerade an diesem Falle erkennt man die Wichtigkeit der Zeugenvernehmungen besonders gut. Dieser Fall ist auch für eine andere Frage noch lehrreich: Soll man einem Ehegatten den anderen vorenthalten, wenn er selbst prüfen will, ob er den Antrag auf Ehescheidung stellen will oder nicht? Dieser Schritt ist von einer solchen Wichtigkeit, daß wohl nur ganz schwerwiegende Gründe vorliegen müssen, um die Entlassung zu verweigern.

Nun kommen wir noch zum letzten Falle, der dadurch auffällt, daß der Kreisarzt, welcher das Zeugnis für die zweite Aufnahme ausstellen sollte, auf Bitten der Angehörigen aber noch davon Abstand nahm, sich auf die Entlassung von seiten der Klinik berief und dadurch seine Verantwortung mindern wollte. Außerdem machte er einen therapeutischen Versuch, dadurch, daß er zur Bekämpfung der Wahnideen Ortswechsel vorschlug; leider folgten die Angehörigen diesem Rate nicht.

Fall 35. K. S., Schuhmacher, geb. 3. III. 78, aufg. 19. X. 07. Eine Schwester ist geistig beschränkt. S. erlitt in der Kindheit mehrere schwere Kopfverletzungen, in der Schule lernte er mangelhaft. In der Nacht vom 25. auf 26. April 1907 schoß er mehrmals mit einem Revolver und bedrohte einen Schutzmann; einige Tage vorher hatte er einen Kutscher zu erschießen gedroht. Er wurde zu 8 Monaten und 2 Wochen Gefängnis verurteilt, obwohl aus der Vernehmung hervorging, daß S. an Wahnideen litt, auf Grund deren er die Delikte beging. Das Gericht hielt die Aussagen des S. für Simulation. Schon acht Tage nach Beginn der Strafverbüßung, am 19. X., wurde S. erregt, äußerte zahlreiche Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen, meinte, er müsse sterben, verkroch sich hinter den Ofen, sprang wieder vor, griff seine Umgebung an und brachte sich selbst Verletzungen bei.

In der Klinik beruhigte sich S. allmählich; doch blieben die Sinnestäuschungen und Wahnideen bestehen. Auch wurde ein mäßiger Schwachsinn festgestellt. Am 25. I. 08 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich noch befindet. Er ist in der Regel unfreundlich, abweisend, von Wahnideen und Sinnestäuschungen beherrscht, teilnahmslos und stumpf.

Fall 36. B. B., Dienstmädchen, geb. 6. VI. 86, aufg. 2. III. 05. Eltern umherziehende Kesselflicker. Mutter epileptisch. Vater brutal. Eine Schwester imbezill, hatte Krämpfe, eine andere moralisch schwachsinnig. Muttersbruder geisteskrank, Selbstmord. B. hat seit dem 2. Lebensjahre Krämpfe, war als Kind neidisch, gehässig, eigensinnig, lernte gut, war oft zerstreut. Steckte schon in ihrem 10. Lebensjahre den Zipfel ihres Bettuches an. Später verübte sie mehrfach Brandstiftungen. Am 2. III. 05 wurde sie auf Grund des § 81 St.P.O. zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in die Klinik aufgenommen. Sie zeigte sich als eine leicht erregbare, zeitweise leicht beeinflußbare, dann wieder absolut unlenksame Person mit starken Stimmungsschwankungen. Sie machte hier mehrere Selbstmordversuche. Einige körperliche Erscheinungen, die bei Hysterie besonders oft vorkommen, wurden festgestellt. Über die Straftaten äußerte B., sie habe Freude am Feuer, auch habe man ihr einmal befohlen, anzuzünden; sie habe nicht anders gekonnt. Während des Klinikaufenthaltes halluzinierte B. nicht. Sie wurde vom Gericht freigesprochen und am 29. VIII. 05 in eine Irrenanstalt überführt, wo sie sich noch befindet. Zeitweise ist sie verstimmt.

Fall 37. M. K., Landwirt, geb. 26. VII. 69, aufg. 2. VI. 99. Über Jugend und Vorleben ist nichts Sicheres zu erfahren. Laut eingeforderten Berichts von der Bürgermeisterei hatte er schon seit ca. 2 Monaten Verfolgungsideen; er glaubte, seine Eltern, ein Gastwirt des Heimatsortes und der behandelnde Arzt wollten ihn vergiften; ferner, es werde in seinem elterlichen Hause eingebrochen; er suchte unter dem Bett und in dem Kleiderschrank nach den Eindringlingen. Gegen die Eltern stieß er Drohungen aus, er wolle sie umbringen, ihnen bei der Arbeit im Weinberge das Genick umdrehen. Kurz vor der Aufnahme zwang er den Vater bei der Arbeit im Weinberge vor ihm zu arbeiten, obwohl dieser gerade hinter ihm beschäftigt war. Er wurde auf Antrag des Vaters mit einem kurzen ärztlichen Zeugnis in die Klinik aufgenommen und nachträglich ein kreisärztliches Zeugnis eingefordert, in

welchem die Gemeingefährlichkeit bescheinigt wurde. Hier war K. sehr mißtrauisch und anfangs auch ängstlich. Er hielt an den Wahnideen, daß er von seinen Eltern und Kameraden verfolgt werde, fest. Sehr bald zog er auch seine neue Umgebung in den Kreis seiner Wahnideen. Er nahm sehr wenig Nahrung zu sich, weil sie vergiftet sei, und glaubte, die Pfleger wollten ihn umbringen. Zeitweise hörte er Stimmen, die seinen Namen riefen. Die Schulkenntnisse waren recht mäßig. Am 26. VI. 99 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich noch befindet. Er ist jetzt vollständig verblödet.

Fall 38. M. M., Landwirt, geb. 30. III. 57, aufg. 23. IV. 01. Der Vater war übermäßig fromm; eine Schwester war geisteskrank. M. war als Kind sehr gutmütig, er lernte sehr gut und war später ein tüchtiger Arbeiter. Er heiratete 1882 und hat 6 gesunde Kinder. 1892 hatte er eine schwere Magenkrankheit; von da ab will M. schwermütig gewesen sein. Schon 1897 erkannte seine Frau, daß er geistesgestört sei; er führte absonderliche Handlungen aus, fuhr z. B. im Februar mitten in der Nacht aufs Feld, weil er angeblich tagsüber keine Zeit dazu habe. Der Zustand verschlimmerte sich nach und nach; so stand er im Sommer 1900 nachts auf, holte sein Beil, ging in die Scheune und hielt sich dort stundenlang auf. Später fand die Frau noch mehrmals morgens das Beil in der Küche. M. gab an, daß die bösen Geister mit ihm ihr Wesen trieben; er habe nicht nur mit Menschen, sondern auch mit überirdischen Widersachern zu kämpfen, er sehe sie zwar nicht, spüre sie aber doch an ihrem Wirken. Sprechen höre er sie nicht, dagegen habe er schon die Stimme seiner Vorfahren gehört. Seit zwei Jahren war M. sexuell sehr erregt. Die vor die Bürgermeisterei geladene Frau erklärte, sie halte ihren Mann für gemeingefährlich, er habe sie bedroht und in Gegenwart des Kreisarztes gesagt, er wolle sich und ihr etwas antun; nachts gehe er immer noch ruhelos mit Beil und Messer im Hause umher. Sie verlange, daß ihr Mann eventuell zwangweise in die psychiatrische Klinik verbracht werde, da sie sich nicht mehr sicher vor ihm fühle. M. erwiderte auf die Frage des Kreisarztes, ob er denn wirklich seiner Frau etwas antun solle: „Nein, das hat Gott verboten, doch will ich mich nicht breit machen mit meinem festen Willen. Man ist schwach gegen die Verführung der bösen Geister und schnell ist so etwas geschehen, ehe man es denkt". Seine Handlungen begleitete und begründete M. in der Regel mit Bibelworten; so sagte er einmal, als er seine Kinder geschlagen hatte: „Gott sagt, wer etwas mehr liebt als mich, der ist meiner nicht wert." In der Klinik, in die er auf Antrag der Bürgermeisterei aufgenommen wurde, gab er zunächst alles zu, sprach stets mit Pathos und ließ fortwährend Sprüche aus der Bibel einfließen. Später wurde er traurig, schweigsam, zeitweise ganz ablehnend, betete viel. Beim Besuch der Frau wurde ihm vorgehalten, warum er hierhergekommen sei; darauf antwortete er kaum ein Wort und schaute düster und feindselig drein. Er beruhigte sich nach einigen Tagen und arbeitete im Haus und Garten, die anderen Kranken mied er, den Ärzten antwortete er in der letzten Zeit kaum mehr. Etwa 14 Tage lang mußte er künstlich ernährt werden. Am 27. IV. 04 wurde er in eine Landesirrenanstalt überführt, wo er am 16. I. 06 starb.

Fall 39. N. N., Buchhaltersfrau, geb. 22. IV. 55, aufg. 15. II. 97. Vater litt an Schüttellähmung. N. war nach der Pubertät den Eltern gegenüber eigensinnig und unfreundlich. Heirat mit 23 Jahren ohne Neigung; Trennung nach $5^1/_2$ Jahren; N. will während der ganzen Zeit die Kohabitation nicht zugelassen haben; sie soll homosexuell sein. Sie beantragte die Trennung der Ehe, weil sie nach dem Genuß einer Speise erkrankt sei und sie geglaubt habe, ihr Mann habe ihr Gift in die Speisen getan. N. ging damals zu ihren Eltern, nahm nach und nach die Führung des Haushalts in ihre Hand, tyrannisierte die Eltern und schlug sie sogar. Nach dem Tode des Vaters wurde es noch schlimmer; N. beschimpfte die alte Mutter mit den gemeinsten Ausdrücken, prügelte sie und bedrohte sie mit dem Tode. Schon während dieser ganzen Zeit benahm sich N. auch in anderer Beziehung merkwürdig, so lief sie manchmal einige Minuten um den Tisch, schöpfte, wenn sie trinken wollte, zunächst 51 Eimer Wasser und trank aus dem 52. In der letzten Zeit wurde die geistige Störung schlimmer; sie schimpfte auf ihre Verfolger, war sehr mißtrauisch, verschloß ihr Haus, wanderte Nachts umher, kaufte einen Revolver und trug ihn stets bei sich, um sich gegen ihre Verfolger schützen zu können. Ende 1895 hatte der Schwager der N. bei der Bürgermeisterei Anzeige erstattet, daß seine Schwägerin stets bewaffnet umhergehe. Am 18. XII. 96 flüchtete die Mutter zu ihrer anderen Tochter, nachdem N. sie mit einem Beile bedroht hatte. Infolgedessen stellte der Schwager den Antrag auf Entmündigung. N. erschien nicht zum Termin, sondern erklärte, wer ihr unter die Augen trete, kriege eine Kugel in den Leib. Einige Tage vor der Aufnahme in die Klinik suchte sie ihren Schwager, auf den sie

eine große Wut hatte, mit dem Revolver in der Hand beim Bürgermeister, um ihn zu erschießen. Die Aufnahme erfolgte auf Antrag des Kreisamtes mit kreisärztlichem Zeugnis am 15. II. 97. N. erklärte hier ruhig, ihr Schwager und der Bürgermeister hätten sie aus Eigennutz hier einsperren lassen. Der Schwager sei ein ganz geriebener, schlechter Kerl. Ihre Mutter habe sich verhetzen lassen. Gab zu, schon lange einen Revolver bei sich zu haben, und erklärte: „Die Kerle kamen gestern zu mir und nahmen mir gewaltsam den Revolver ab. Ich hätte alle drei niederschießen können, natürlich in die Beine! Wenn ich meinen Schwager getroffen hätte, so wäre er schon in der Ewigkeit. Was ist denn der Kerl vor Gott noch? Ich tue ja nur ein gutes Werk so. Für meine Schwester wäre es auch gut, wenn ich ihn niedergeschossen hätte . . . . Gnade Gott jedem, den ich bei meiner Rückkehr daheim vorfinde; den schieße ich ohne Gnade nieder. Hätte ich gewußt, daß diese drei Kerle mich hierher tun würden, so hätte ich sie ins Jenseits expediert". Auf die Frage, was denn geschehen wäre, wenn sie geschossen hätte, erwiderte N.: „Dann wären die drei Kerle jetzt tot! Wenn noch andere gekommen wären, so hätte ich meine Axt genommen und so lange drauf gehauen, bis nichts mehr übrig wäre. So viele Fetzen hätte es im ganzen deutschen Reich nicht gegeben; ich will mich schon verteidigen". — N. fügte sich ganz gut in die Hausordnung, protestierte aber immer wieder gegen ihre Festhaltung. Über ihre religiösen und paranoischen Ideen sprach sie sich offen aus; nach und nach bezog sie auch ihre hiesige Umgebung in ihr Wahnsystem. Sie richtete viele Eingaben an die verschiedensten Behörden und verlangte von den Ärzten, daß sie sie ungelesen fortschickten. Am 21. V. 97 war N. sehr erregt, weil ihre Wünsche abgeschlagen worden waren; sie zerschlug ein Fenster und bewaffnete sich mit einer großen spitzen Scherbe, die ihr abgenommen wurde; dabei stieß sie gegen die Pflegerinnen Drohungen schwerster Art aus. Am 7. VIII. 97 erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt. Sie befindet sich noch dort und arbeitet im allgemeinen fleißig. Ihre Äußerungen sind verworren; zeitweise ist sie erregt, äußert Wahnideen und droht, gewalttätig zu werden; es kam aber bis jetzt nie zu einem Angriffe.

Fall 40. F. C., Tapezierersfrau, geb. 29. IV. 69, aufg. 25. II. 01. Angeblich keine erbliche Belastung. 4 Kinder, davon eins 1899 an Infektionskrankheit gestorben; der Tod des Kindes soll die Frau sehr angegriffen haben. Seit 1900 paranoide Ideen; behauptete ihr Mann habe das verstorbene Kind vergiftet, lief im Hemd auf die Straße, wollte aufs Dach klettern, griff zu gefährlichen Gegenständen, um sich gegen ihre vermeintlichen Verfolger zu wehren, wollte einmal ein schweres Eisenstück vom Fenster aus einem Vorübergehenden auf den Kopf werfen, drohte, die Kinder aus dem Fenster zu stürzen, kümmerte sich wenig um den Haushalt und um ihre Kinder, wollte einmal ihren Mann mit einer brennenden Lampe werfen. Am 25. II. 01 wurde C. auf Antrag ihres Mannes und auf Grund eines ausführlichen kreisärztlichen Zeugnisses, in dem auch die Gemeingefährlichkeit bescheinigt wurde, in die Klinik aufgenommen. Hier äußerte sie mehrfach Verfolgungsideen; zeitweise war sie erregt und aggressiv. Am 25. V. 01 wurde sie in eine Irrenanstalt überführt, wo sie am 19. XII. 05 starb.

Fall 41. K. S., Student, geb. 31. III. 87, aufg. 6. II. 09. Der Vater war begabt, litt seit dem Tode seiner Frau an Depression und äußerte mehrfach Selbstmordgedanken. Ein Bruder machte einen Selbstmordversuch. Ein entfernterer Verwandter litt an Geistesstörung; andere Familienmitglieder sollen nervöse Störungen gehabt haben. S. selbst war der 7. unter 13 Geschwistern, von denen 3 früh starben. Er bestand mit 19 Jahren das Abiturientenexamen. Von seinen Lehrern wurde er als fleißig, aufrichtig und gewissenhaft geschildert; der Pfarrer bezeichnete ihn als brav und fromm, als Muster eines Jünglings, geneigt geringste Verfehlungen als große Sünde anzusehen. Er war musikalisch und sportliebend. Auffallend war von jeher nur seine Verschlossenheit, er erschien immer in gedrückter Stimmung, lachte kaum mit seinen Kameraden, hatte keinen Freund. In den letzten Schuljahren soll er viel masturbiert haben. Ostern 1906 trat er — zum Teil wohl auf Wunsch seines Vaters — als Novize in ein Kloster. Das Leben dort sagte ihm nicht zu, er trat aus und studierte von Herbst 1906 an Mathematik. Auch während der Studentenzeit ging er nicht aus sich heraus; stets war er in sich versunken und machte einen schwermütigen Eindruck. Einem Professor, in dessen Hause er verkehrte, war die rührende Zuneigung zu seinem Vater aufgefallen; er hielt ihn für einen Sonderling, langsam im Nachdenken, klar im Kopf, vorsichtig im Urteil, nachsichtig für die Schwächen anderer. Herbst 1908 machte er auf andere Zeugen einen scheuen, unsicheren Eindruck; einer meinte, er habe so ausgesehen, als ob er ein schlechtes Gewissen habe. Anfang November schrieb er

an ein 10jähriges (!) verwandtes Mädchen und kurz darauf deren Mutter tieftraurige Briefe, voll von Selbstvorwürfen. Dann reiste er einige Tage umher. Mitte November schrieb er wieder an die oben genannte Frau, seine Stimmung sei verbittert; er wolle nicht warten, bis er in eine bessere komme. Der Gedanke an Gott störe ihn nicht, er lebe geradezu in Feindschaft mit ihm. Tief unglücklich mache ihn der Umstand, daß ihm sein ganzes Leben verfehlt vorkomme. Die geringste geistige Arbeit greife ihn an. Durch die Befriedigung sinnlicher Gelüste (er meint Onanie) sei er so heruntergekommen, körperlich und geistig. Es sei ihm gleich, ob er gut oder schlecht sei; noch schlechter wolle er werden. Er bete täglich zu einem anderen (scil. Teufel), daß er jeden guten Gedanken in ihm unterdrücke, bis ausgeführt sei, was er ihm eingegeben. — Nach S.'s. eigenen Aussagen hat sich die Wut gegen Gott in ihm immer mehr gesteigert; er habe um Gott zu kränken, exzessiv onaniert, und weiter sei der Gedanke in ihm aufgetaucht, Gott durch eine ungeheuerliche Tat noch eine größere Kränkung zuzufügen. Dabei dachte er daran, sich durch die Tat selbst auch den Tod zu bringen. Da er wußte, daß sein Vater sich große Sorgen um seine Kinder machte und selbst den Gedanken an Selbstmord geäußert hatte, kam S. immer mehr zu der Überzeugung, daß der Tod des Vaters nichts Schreckliches sei, ja sogar eine Erlösung von allen Plagen. Da nun aber der Tod des Vaters die Geschwister tief betrüben und die unverheirateten auch des Ernährers berauben würde, hielt S. es für richtiger, den Vater nicht allein sterben zu lassen. Anfangs will S. noch Gewissensbisse gehabt haben; sie seien aber bald geschwunden in der Erwägung, daß sein Vater und seine Geschwister durch den Tod der ewigen Seligkeit teilhaftig würden. So bereitete er den Familienmord mit ruhiger Überlegung vor und führte ihn in der Nacht vom 25. auf 26. XII. 08 an seinem Vater und 3 Geschwistern aus; zwei verschonte er, da sie nicht auf demselben Stockwerk wohnten. Nach der Tat legte er sich ins Bett und schlief ein.

Am 6. II. 09 wurde er zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die Klinik aufgenommen. Es fiel eine hochgradige gemütliche Stumpfheit, ein Mangel an natürlichen Affektregungen und Züge von geistiger Schwäche auf. S. wurde am 19. III. 09 wieder in das Untersuchungsgefängnis gebracht und auf Grund des § 51 St.G.B. vom Schwurgericht freigesprochen. Er wurde in eine Landesanstalt überführt, wo er sich noch befindet.

Fall 42. Q. S., Müller, geb. 1. I. 57, aufg. 11. XII. 97. Die Eltern waren gesund, der Vater wurde später geisteskrank; eine Schwester (Fall 52) ist geisteskrank; ein Bruder war einmal in einer Anstalt. Die Familie führte einen langdauernden Zivilprozeß, der zu ihren Ungunsten entschieden wurde. Infolgedessen beleidigten S. und seine geisteskranke Schwester verschiedene Personen und Behörden durch Verbreiten von Plakaten mit beleidigenden Aufschriften. Als sie verhaftet werden sollten, schoß S. auf einen Gendarmen und verletzte ihn schwer. Er wurde zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die Klinik verbracht. S. litt an Wahnideen, doch bezogen sich diese nur auf die Rechtsstreitigkeiten; es wurde als wahrscheinlich angenommen, daß er in diesem Punkte von seiner Schwester beeinflußt worden sei (induziertes Irresein). S. wurde vom Schwurgericht am 10. III. 98 gemäß § 51 St.G.B. freigesprochen. Am 5. V. 98 fand eine Verhandlung wegen Beleidigung statt, bei welcher sich herausstellte, daß die Wahnideen zugenommen hatten und sich nicht nur auf die Rechtsstreitigkeiten bezogen. S. wurde nochmals in einer Anstalt beobachtet, freigesprochen und in der Anstalt als gemeingefährlicher Geisteskranker zurückgehalten. Dort war er dauernd von Verfolgungsideen beherrscht. Am 3. I. 01 wurde er entmündigt; Mitte 1902 ging er dagegen an, jedoch ohne Erfolg.

Die verspätete Internierung kann zunächst ihren Grund haben in dem Nichterkennen der Geisteskrankheit, wie in Fall 35 und 36; in beiden kam es zu Delikten und zu Gerichtsverhandlungen, in Fall 35 sogar zur Verurteilung, obgleich der Angeklagte in der Verhandlung Wahnideen äußerte; das Gericht nahm an, der Angeklagte simuliere.

Diese Fälle sind nicht so häufig; im allgemeinen erkennt die Umgebung die Geisteskrankheit, sie scheut sich aber davor, den Kranken in einer Anstalt unterzubringen, so in Fall 37—40; in Fall 38 bestanden die Wahnideen schon 4 Jahre, ehe die Ehefrau die Bürgermeisterei um Einweisung in eine Anstalt bat. In Fall 39 mißhandelte die Kranke ihre Mutter, ging stets bewaffnet umher; trotzdem erfolgte keine Internierung, sondern lediglich der Antrag auf Ent

mündigung; dadurch wurde die Kranke nur noch erregter, sie versuchte ihren Schwager, der den Antrag gestellt hatte, zu erschießen; erst jetzt entschloß man sich zur Einweisung in eine Anstalt. Sehr schwer ist Fall 41, in dem es sich nicht um typische Wahnideen, sondern mehr um Zwangsideen handelt, zu beurteilen. S. war von jeher ein Sonderling; man wunderte sich also nicht, wenn er merkwürdige Sachen machte. Erst der sehr traurige Brief, den S. an ein 10jähriges Mädchen schrieb, fiel auf; dann folgten die Selbstvorwürfe, das Zerwürfnis mit der Religion. Mehr erfuhren die Angehörigen nicht. Wäre es ihre Pflicht gewesen, damals schon einen Arzt, einen Psychiater zuzuziehen? Ich möchte diese Frage bejahen; aber nun kommt die zweite Frage: Würde S. dem Arzte seine Gedanken offenbart haben, würde es dem Arzte möglich gewesen sein, vielleicht aus Andeutungen die Absichten des S. zu erraten? Vielleicht wäre es möglich gewesen, wenn der Arzt gerade dann gerufen worden wäre, als S. Gewissensbisse hatte, zu anderen Zeiten wohl kaum. Ich habe diesen Fall unter die verspäteten Aufnahmen gerechnet, lediglich der Tat wegen. Wäre die Internierung nur einen Tag vorher erfolgt, hätte ich ihn unter die rechtzeitigen Aufnahmen rechnen müssen, ja ich hätte ihn wahrscheinlich gar nicht in diese Arbeit aufgenommen. S. hatte doch nichts Gemeingefährliches begangen oder geäußert, nur eine Stelle in einem Briefe war auffallend; er schrieb er bete, daß der Teufel jeden guten Gedanken in ihm unterdrücke, bis ausgeführt sei, was er ihm eingegeben. Hieraus auf Gemeingefährlichkeit zu schließen, wäre doch übertrieben.

Bei Fall 41 und 52, den ich vorwegnehme wegen der engen Beziehungen zu 42, handelt es sich um Geschwister, deren Existenz zusammen mit der ihrer Eltern und noch eines Bruders durch einen Prozeß vernichtet wurde. Die Zähigkeit, Unbelehrbarkeit und Gehässigkeit hätten dazu führen müssen, S. beizeiten psychiatrisch untersuchen zu lassen. Der Fall ist aber so eigen geartet, daß man nicht so ohne weiteres sein Urteil fällen darf. Wahrscheinlich wollten die Behörden nicht in den schwebenden Prozeß eingreifen dadurch, daß sie S. internierten; ferner ist es möglich, daß sie auf die Bevölkerung Rücksicht nehmen mußten; wir wissen nämlich aus Fall 52, daß die Gemeinde der Familie durchaus nicht feindselig gegenüberstand.

Interessant ist noch, daß von den drei Geschwistern S. überhaupt nicht entlassen wurde — und mit Recht, da er zweifellos von neuem den Streit wieder angefangen hätte —, bei J. eine Entlassung gegen den Willen der Ärzte versucht wurde, aber ohne Erfolg war und ein anderer Bruder aus der Anstalt entwich und nicht wieder zurückgebracht wurde. Er war bei dem Prozesse am wenigsten tätig gewesen; er lebt jetzt in seiner Heimat, ist entmündigt und bietet keinen Anlaß zu Klagen.

Fall 43. H. F., Brunnenmacher, geb. 4. II. 67, aufg. 8. IV. 05. F. soll als Kind schwächlich gewesen sein; im fünften Lebensjahre fiel er von einem Wagen und war kurze Zeit ohnmächtig. In der Schule lernte er gut; vom 14.—17. Jahre war er bei seinem Vater, der auch Brunnenmacher war, im Geschäft, dann ein Jahr als Knecht auswärts und hierauf wieder bis zur Militärzeit und nach derselben bis zum 26. Lebensjahre beim Vater. In diesem Jahre heiratete er; die Frau starb im ersten Wochenbett. Nach zwei Jahren heiratete er wieder.

F.'s zweite Frau gab an, schon der ersten Frau gegenüber sei F. mißtrauisch gewesen; ihre eigene Ehe sei von Anfang an ein Martyrium gewesen. F. habe stark getrunken; beständig sei er von Argwohn gegen sie erfüllt gewesen, dem er ohne jede Rücksicht Aus-

druck verliehen habe. Häufig habe er sich zu rohen Mißhandlungen hinreißen lassen. Schon während der zweiten Schwangerschaft habe sie bei ihren Angehörigen Schutz suchen müssen. Sie sei, da ihr Mann eine Besserung versprochen habe, zu ihm zurückgekehrt; es sei aber keine Änderung in seinem Verhalten eingetreten. Von allen wurde er für einen Trinker und Faulenzer gehalten; das Kreisamt verhängte über ihn das Wirtshausverbot. Zahlreiche unflätige Schreiben richtete er an seine Frau; er beschuldigte sie, mit allen möglichen Leuten geschlechtlich zu verkehren. Sie hatte eine Behandlung zu erdulden, wie sie kaum schlimmer gedacht werden kann. Erst 1904 entschloß sich die Frau, sich entgültig von ihm zu trennen.

Schon 1901 wurde F. wegen falscher Anschuldigung bestraft; er hatte angegeben, sein Schwiegervater habe die eigene Tochter, F.'s. Frau, mißbraucht. Bei der Voruntersuchung gab er die Unrichtigkeit seiner Behauptungen zu, er sei infolge der Zwistigkeiten mit seinem Schwiegervater und dessen Familie ganz von Sinnen gewesen. Im Jahre 1903 erhielt er eine Geldstrafe, weil er seinen alten Vater, der das Kind F.'s aus erster Ehe abholen wollte, mit einem Eisenrohr vor die Brust gestoßen hatte; eine weitere Geldstrafe wegen Körperverletzung wurde ihm 1904 zugesprochen, weil er einen 14jährigen Knaben, der ihn allerdings gereizt hatte, so vor den Mund geschlagen hatte, daß er blutete.

Das Fortgehen der Ehefrau erbitterte F. sehr; der Haß richtete sich auch gegen alle Glieder der Familie seiner Frau. Er schickte an seine Frau Briefe, welche die gemeinsten Ausdrücke und die schlimmsten Drohungen gegen sie und ihre Familie enthielten. Im Juli 1904 äußerte er zu einem Zeitungsträger, nachdem er und sein Schwiegervater sich getroffen hatten, er würde seinem Schwiegervater den Hals abgestochen haben, wenn dessen Sohn nicht dabei gewesen wäre. Im Januar 1905 suchte F. seine Frau in ihrer elterlichen Wohnung auf, er stürzte in die Küche, in der sie sich gerade aufhielt und mit einem Manne sprach, und verletzte sie mit einem Messer. Er wurde verhaftet und wegen Mordversuchs angeklagt, aber auf Grund des § 51 des St.G.B. freigesprochen und hierauf als gemeingefährlicher Geisteskranker der Klinik überwiesen.

Hier gab er an, er habe drei Jahre lang in glücklicher Ehe mit seiner Frau gelebt; dann aber habe der Schwiegervater an ihr gehetzt. 1900 sei seine Frau aus dem Hause gegangen, was ihn „ganz aus dem Häuschen" gebracht habe. Bald habe er gemerkt, daß sein Schwiegervater ihn verfolge. Er habe mehrere Male die Wohnung gewechselt, es sei aber nicht besser geworden. Seine Frau sei sehr reizbar und unnatürlich geschlechtlich erregt gewesen. F. hielt während seines ganzen Aufenthaltes in der Klinik unentwegt daran fest, daß seine Frau mit ihrem Vater und anderen geschlechtlich verkehrt habe. Den Mordversuch will er gemacht haben, weil er seine Frau mit einem fremden Burschen habe sprechen hören; er sei dadurch ganz von Sinnen gekommen. Mehrfach versprach er, einen guten Lebenswandel führen und keinen Alkohol mehr zu sich nehmen zu wollen. Er war stets ruhig und freundlich und wurde im Freien mit Anlegen einer Pumpe unter Aufsicht beschäftigt. Seine Frau bat er schriftlich um Entschuldigung und erklärte sich mit der Scheidung der Ehe einverstanden.

F. wurde am 23. September 1905 in eine Landesirrenanstalt überführt. Im Dezember 1905 wurde er entmündigt und zu seinem Vormund der Schwager bestellt, mit dem er die schlimmsten Streitigkeiten gehabt hatte. Am 5. Januar 1906 entwich er aus der Anstalt. Er schrieb drohende Postkarten, er werde alles vor sich niederbrennen und zusammenschlagen, dann ans Ministerium schreiben und sich aufhängen. Trotz dieser Drohungen wurde er in Freiheit gelassen. Im Mai 1906 wurde seine Ehe geschieden. Bis 1909 schrieb er hie und da aus den verschiedensten Orten, daß es ihm gut gehe und er keinen Tropfen Alkohol mehr trinke. Zuletzt teilte er mit, daß er wieder heiraten wolle.

Er war am 23. III. 14 in der Klinik, gab an, er mache seit etwa 4 Jahren selbständig Brunnen und andere Ausschachtungen; er sei verheiratet und habe zwei Kinder. Er trinke nichts mehr; es sei früher auch nicht so arg gewesen; die Frau sei gegen ihn verhetzt worden. Jetzt habe er mit der dritten Frau nie Unannehmlichkeit; es sei eine sehr glückliche Ehe.

Fall 44. L. X., geb. 3. V. 76, aufg. 25. V. 12. Seit 1904 verheiratet; trank von jeher viel, wechselte sehr oft seine Stelle, arbeitete wenig, hatte oft Streit mit seiner Frau und schlug sie auch zuweilen. Am 23. V. 12 wurde er wegen Wahnideen in Polizeigewahrsam genommen. Dort brachte er sich eine Schnittwunde am Halse bei, worauf er zunächst in die chirurgische und dann auf deren Antrag in die psychiatrische Klinik verlegt wurde. Hier war er mehrere Wochen noch sehr depressiv, glaubte sich verfolgt, halluzinierte, war

zeitweise erregt. Mitte August konnte er bei der Gartenarbeit verwendet werden. Da X. anfang September auf Entlassung drängte, ersuchten wir die Bürgermeisterei, durch Zeugenvernehmungen festzustellen, ob Gemeingefährlichkeit vorliege. X. hatte behauptet, seine Frau verkehre mit anderen Männern; infolgedessen sei er oft so heftig gewesen. Die Ehefrau gab bei ihrer Vernehmung an, ihr Mann habe in den letzten Jahren seinen ganzen Verdienst vertrunken, habe oft Streit mit ihr angefangen, das Essen ins Zimmer geworfen und sie geschlagen, in der letzten Zeit habe er sie auch mit Totschlag bedroht, gewöhnlich habe er gesagt, das sei ihre letzte Nacht, er steche sie tot. Infolgedessen sei sie die letzten 4 Wochen mit ihren Kindern bei ihrer Mutter gewesen. Ihr Mann sei sehr eifersüchtig gewesen; es habe aber kein Grund dazu vorgelegen. Eine Nachbarin erklärte, X. habe alles Geld, was er erhalten hätte, vertrunken. Sehr oft sei abends die Frau mit ihren Kindern zu ihr geflüchtet, sie selbst habe gesehen, wie X. seine Frau ins Gesicht geschlagen, und gehört, wie er sie mit Totstechen bedroht habe. Er sei ohne jede Ursache sehr eifersüchtig gewesen. Sie selbst sei der Überzeugung, daß S. imstande sei, seine Frau zu töten Auf diese Aussagen hin wurde X. nicht entlassen. Seine Frau klagte auf Scheidung. Am 3. XII. 12 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, aus der er, nachdem am 1. IV. 13 die Scheidung ausgesprochen worden war, entlassen wurde. Nach Angabe der Bürgermeisterei geht es ihm jetzt ziemlich gut; er ist wieder als Hüttenarbeiter tätig.

Fall 45. M. G., Landbriefträger, geb. 28. II. 1877, aufg. 15. XII. 12. Keine erbliche Belastung. G. hatte sehr schweren Dienst, bat mehrmals vom Lande in eine Stadt versetzt zu werden. Seit Ende 1911 wurde er eifersüchtig, sagte selbst, er habe es sich in den Kopf gesetzt, daß seine Frau nach anderen schaue. Er gab zu, am 12. XII. 12 seine Frau geschlagen und ihr vielleicht auch eine Kohlenschaufel nachgeworfen zu haben. Am 14. XII. kam er freiwillig in die Klinik. Auf eine telephonische Anfrage bei der vorgesetzten Behörde hin, welche über die gefährlichen Handlungen Mitteilung machte, wurde beim Kreisamte angefragt, ob G. für gemeingefährlich gehalten werde. Dieses veranlaßte den zuständigen Gendarm, Bericht zu erstatten. Er meldete, daß er in die Wohnung des G. gerufen worden sei, weil G. seine Frau sonst tot schlüge. Als er hingekommen sei, sei die Frau inzwischen zu Nachbarn geflüchtet, es sei ihm mitgeteilt worden, G. sei sehr eifersüchtig; wenn es an ihn komme, packe er seine Frau und schlage sie, so daß sie schon mehrfach habe flüchten müssen. Über die Ehefrau sei nichts Nachteiliges bekannt. Es dürfte vielleicht angebracht sein, G. auf sein Treiben hin von ärztlicher Seite beobachten zu lassen. Zu diesem Berichte bemerkte die Bürgermeisterei, die Sache sei zu schwarz gefärbt; der Zwist der Eheleute sei wahrscheinlich darin zu suchen, daß G. evangelisch, seine Frau katholisch sei. Das Kreisamt leitete den Bericht an die Klinik weiter mit dem Zusatz, daß es keinen Einweisungsantrag stelle. G. war in der Klinik leicht deprimiert, erholte sich aber rasch. Er wurde auf seinen Wunsch am 8. II. 13 entlassen.

Wie uns die Bürgermeisterei mitteilte, ist G. noch immer dem Trunke ergeben. Seine Frau konnte es bei ihm wegen der fortgesetzten Streitigkeiten nicht mehr aushalten und ist am 14. IX. 13 von ihm fortgezogen. Die Ehescheidung soll bereits in die Wege geleitet sein.

Fall 46. B. L., Postschaffner, geb. 27. VI. 65, aufg. 19. V. 00. Ein Bruder und ein Onkel tranken. L. selbst soll früher gesund gewesen sein. Er heiratete 1895; bis 1899 war die Ehe glücklich. Dann wurde L. unsolide, trank und verkehrte mit anderen Frauen. Er wurde sehr eifersüchtig, mißhandelte seine Frau. Die Erregungszustände traten zeitweise auf und waren von verschiedener Heftigkeit. Die Ehefrau wurde am 15. VI. protokollarisch vernommen und gab an, Herbst 1899 sei ihr Mann eifersüchtig geworden, er habe sie mißhandelt, mehrmals blutig geschlagen und an den Haaren gezaust, Anfang November habe sich der Zustand derart verschlimmert, daß ihr Vater ihn habe zu sich holen müssen; aber schon am dritten Tage sei er von seiner Behörde zurückgerufen, und ihm ein Antrag auf Versetzung in den Ruhestand vorgelegt worden, den er unterschrieben habe. Seitdem sei es noch schlimmer geworden. Er habe sie in lebensgefährlicher Weise mit einem Beile bedroht und ferner geäußert, wenn er keine Uniform mehr tragen dürfe, so sollten die anderen auch keine mehr tragen.

In der Klinik, in die er auf Antrag der Bürgermeisterei mit einem kreisärztlichen Zeugnis eingewiesen wurde, benahm sich L. ruhig und geordnet; er hielt aber daran fest, daß seine Frau ihm untreu gewesen sei. Er gab zu, öfters Zank und Streit gehabt zu haben; er will aber nur einmal seine Frau geschlagen haben. Während des Aufenthaltes in der Klinik schrieb die Frau an die Direktion, sie wolle das Postamt verklagen, weil es ihren Mann in

seinem kranken Zustand gezwungen habe, den Antrag auf Pensionierung zu unterschreiben. Weiter heißt es: „Und an der Eifersucht halber, die meinem Mann in den Kopf eingebracht worden ist, waren Herr Postdirektor H . . . und noch Unterbeamte viel der schuldige Teil mit ihren Utzereien . . . . Wir hatten die Versetzung angetragen, es ist uns verweigert worden und jetzt haben Sie meinen Mann doch so schändlich um sein Brot gebracht und noch viel schlimmer wie vorher. Ich möchte Herrn Direktor anfragen, ob ich die Klage vollführen soll . . . . Durch die Post allein ist mein Mann so weit gekommen, vielleicht kann er durch diese Klage wieder in seine Stelle kommen, wenns auch wo anders ist . . . ." Am 28. VI. wurde L. seiner Frau gegen Revers mitgegeben. Die zuständige Bürgermeisterei teilte uns auf unser Ersuchen hin mit, daß L. vollständig gesund sei und ein geregeltes Leben führe.

Fall 47. X. Q., Landwirt, geb. 1. VII. 51, aufg. 2. X. 08. Die Mutter litt an Eifersuchtswahn, auch zwei Geschwister neigen dazu. Q. selbst war stets mißtrauisch und dabei peinlich genau. Seit Frühjahr 1907 äußerte Q. Eifersuchtsideen. Am 2. X. 08 kam er allein freiwillig in die Klinik mit der Bitte um Aufnahme, er könne in seiner Familie nicht mehr leben und suche Ruhe; der Kreisarzt habe ihm gesagt, er solle sich einmal in der Klinik untersuchen lassen. Er gab an, sein Sohn habe sich schon zweimal an ihm vergriffen, daraufhin habe er seinen Sohn mit dem Revolver bedroht, aber nicht geschossen. Erst später habe er einmal geschossen, er habe aber nur „probiert zum Fenster hinaus"; es sei aber keiner draußen gewesen. „Ich habe mir die Ideen in den Kopf gesetzt, mein Sohn, 29 Jahre alt, als ob ein Verhältnis zwischen dem und meiner eigenen Frau bestehe und darum der Streit. Behaupten kann ich überhaupt nichts, meine Frau ist 56 Jahre alt. Ich will mal ganz von der Familie weggehen". Er behauptete, nicht zu trinken und schon von einem Glas Bier einen roten Kopf zu bekommen. Eine Anfrage bei der Bürgermeisterei ergab, daß Q. seine Frau und Tochter oft mißhandelt und mit Erschießen bedroht hat, daß er ferner den Revolver auf seinen Sohn angelegt hat, der Schuß aber nicht losgegangen ist. Hier verhielt sich Q. ruhig und geordnet. Nach einiger Zeit wünschte er entlassen zu werden. Infolgedessen wurde an seine Angehörigen geschrieben, um mit ihnen das Nötige, besonders auch die Internierung gegen den Willen des Kranken zu besprechen. Da diese aber nichts von sich hören ließen, mußte Q., weil er freiwillig gekommen war, entlassen werden. Am 18. X. 08 fuhr er allein nach Hause. Die Heimatbehörde wurde von der Klinik benachrichtigt, daß große Vorsicht am Platze sei. Sie teilte uns jetzt mit, daß seine Lebensführung zu Beanstandungen keinen Anlaß gebe; er sei zwar etwas nervös veranlagt, arbeite aber fleißig; sein Zustand könne als normal bezeichnet werden.

Fall 48. M. L., Schuhmacher, geb. 14. VI. 52, aufg. 18. VII. 05. L. hat 7 lebende Kinder, von denen eins schwachsinnig ist. Er trank zeitweise sehr viel und war dann sehr erregt. Seine Frau gab darüber auf der Bürgermeisterei an, ihr Mann, mit dem sie seit 1886 verheiratet sei, sei bis vor zwei Jahren ordentlich gewesen; seitdem aber habe er zeitweise getrunken. Die Pausen hätten im Winter bis zu sechs Wochen gedauert, im Sommer weniger lang. Wenn er getrunken habe, habe er öfters geäußert, er werde ihr doch noch den Hals abschneiden; sie fürchte sich aber nicht vor seinen Drohungen. Eine Frau H. erklärte, sie sei öfters zu L.'s gekommen; vor etwa einem viertel Jahre habe L. sie gefragt, ob sie keine Flinte habe, er wolle seine Kinder erschießen. Kürzlich habe er ihr gesagt, das Leben sei ihm zur Last; es dauere keine 14 Tage, dann schneide er seiner Frau und seinen Kindern die Hälse ab; es habe ihr den Eindruck gemacht, als wenn es dem Manne Ernst gewesen sei. Am 18. Juli kam L. morgens zur Polizei und erklärte, er habe zwei seiner Kinder erwürgt, man solle ihn nach Japan bringen, er wolle alle Russen würgen. Auf Antrag der Bürgermeisterei wurde er in die Klinik aufgenommen. Den ärztlichen Fragebogen fertigte der Kreisarzt aus. Hier verhielt sich L. ruhig, war aber verschlossen; zur Arbeit war er nicht zu bewegen. Die Reflexe waren sehr lebhaft, der Tremor der Hände und Zunge erheblich; die Pupillen waren ungleich weit. Am 21. September wurde L. gebessert nach Hause entlassen. Auf unsere Anfrage bei der Bürgermeisterei wurde uns mitgeteilt, daß L. gesund und arbeitsfähig sei; er selbst will seit seiner Entlassung aus der Klinik keine Beschwerden mehr gehabt haben.

Fall 49. K. M., Hilfsbahnwärter, geb. 20. II. 65, aufg. 23. XI. 06. Vater war paranoisch, starb auf dem Eichberg; Mutter soll Krämpfe gehabt haben; Großvater väterlicherseits soll sich erhängt haben. Seit Sommer 1906 war M. mißtrauisch, glaubte sich verfolgt, beschwerte sich deswegen beim Bürgermeister. Er wurde am 23. XI. 06 auf Antrag seiner

Frau aufgenommen; das ärztliche Zeugnis fehlte; es wurde nachträglich durch den Kreisarzt ausgestellt. Die Bürgermeisterei antwortete auf die Frage nach der Gemeingefährlichkeit: „Nach Aussagen der Ehefrau und des Bruders des Kranken soll der letztere in letzter Zeit sehr aufgeregt gewesen sein und sogar ein Beil in seine Wohnung verbracht haben. Bedroht hat er damit seine Angehörigen noch nicht und scheint der Kranke dies im Wahn zu seiner eigenen Sicherheit aus Furcht getan zu haben. Allerdings soll ihn seine Frau auch einmal geärgert haben". Die Ehefrau gab in der Klinik an, am Tage vor der Aufnahme habe ihr Mann sie an den Hals gepackt und geschrien, sie halte es auch mit anderen Männern und wolle ihn verraten. Hier äußerte M. alle möglichen Beeinträchtigungsideen hatte, Gefühls- und Gehörshalluzinationen; im allgemeinen war er ruhig und zugänglich. Da er sehr nach Entlassung drängte, wurde die Bürgermeisterei am 10. XII. 06 um Zeugenvernehmung gebeten. Sie teilte mit, daß nur die schon bekannten Aussagen der Angehörigen für die Gemeingefährlichkeit in Betracht kämen; daß eine solche nicht ausgeschlossen erschiene, gehe aber auch noch daraus hervor, daß M. sich fortwährend über ganz einwandfreie Leute beschwere. Die Bürgermeisterei fügte noch hinzu, daß sie einer Entlassung nicht zustimmen könne und sie später nur dann in Betracht kommen könne, wie sie nach Ansicht der Direktion der Klinik unbedenklich erscheine. — Nachdem M. sich mehrere Monate ruhig gehalten hatte, auch die Wahnideen und Halluzinationen wesentlich abgeschwächt waren, endlich die Frau dringend um Entlassung bat und schriftlich versprach, die ganze Verantwortung übernehmen zu wollen, wurde M. am 14. IV. 07 nach Hause entlassen. Auf eine Anfrage bei der Bürgermeisterei wurde uns mitgeteilt, daß M. jetzt vollständig erwerbsfähig sei, nur in seinem Benehmen etwas Befangenheit zeige.

Fall 50. J. O., Gastwirt, geb. 2. V. 54, aufg. 13. XII. 02. O. hatte 1886 geheiratet; schon vorher hatte er zeitweise viel getrunken. Anfangs ging es leidlich, bis er seinen Beruf als Zuschneider aufgab und Kolporteur wurde, dadurch war er gezwungen, sich viel in Wirtschaften aufzuhalten. Später fing er eine Speisewirtschaft an; zu der Zeit war es einmal so schlimm, daß die Frau nachts flüchten mußte. 1901 kaufte O. eine Gastwirtschaft. Im Sommer 1902 schlug er seine Frau mit einer Kaffeekanne ins Gesicht und fügte ihr eine Wunde bei, die genäht werden mußte. Er kam daraufhin ins Krankenhaus, lief aber fort und versprach seiner Frau, sich künftig zu halten. Aber schon nach 14 Tagen verfiel er wieder in die alten Gewohnheiten. Seit Anfang November soll er andauernd betrunken gewesen sein; in einem fort äußerte er Eifersuchtsideen, nannte seine Frau und seine 14jährige Tochter vor den Gästen Saumensch, Huren usw. Oft sprach er von bösen Geistern, die ihn nachts bedrohten und deren er sich erwehren müsse. Er wurde auf Antrag seiner Frau in die Klinik aufgenommen; im ärztlichen Zeugnis wurde er für gemeingefährlich erklärt. Da dieses nicht genügte, wurden auf unser Ersuchen zwei Nachbaren des O. protokollarisch vernommen; sie sagten aus, O. sei, wenn er getrunken habe, ganz rasend gewesen, habe mit allen Gästen ohne Grund Streit angefangen, seiner Frau Untreue vorgeworfen und sie beschimpft; wer ihm in den Weg gekommen sei, habe er bedroht; man habe das Gefühl gehabt, daß er in diesem Zustande zu allem fähig gewesen sei; es sei die höchste Zeit gewesen, daß er in eine Anstalt gekommen sei.

In der Klinik verhielt sich O. ruhig, aber vollkommen einsichtslos. Alle Schuld schob er auf seine Frau. Auf eine Anfrage bei der Bürgermeisterei wegen Entlassung erwiderte diese am 24. I. 03, daß sie gegen eine Entlassung sei; das, was die beiden vernommenen Zeugen ausgesagt hätten, könnte die ganze Nachbarschaft bestätigen. Die Neigung des O. zu Alkohol sei zu groß. Er wurde daher noch bis zum 13. III. 03 zurückgehalten und dann, als er körperlich mehr und mehr zurückging, im Einverständnis mit der Frau nach Hause entlassen. Er starb am 12. X. 04.

Fall 51. Q. X., Fabrikant, geb. 17. III. 41, aufg. 29. VIII. 00. Hereditäre Belastung ist nicht nachweisbar. X. war stets fleißig und solide. Etwa 1895 erlitt er eine Schädelverletzung, nach der er kurze Zeit erregt gewesen sein soll. Seit 1896 glaubte er, er werde Bürgermeister, später kam die Idee dazu, daß er eine reiche Witwe heiraten müsse. Schon Anfang 1900 hatte die Bürgermeisterei und der Kreisarzt die Unterbringung in eine Anstalt beantragt, weil er anderen gedroht hatte, doch waren die Angehörigen und der Hausarzt dagegen. Auf ihre Seite stellte sich auch das Vormundschaftsgericht. X. wurde zunächst auf zwei Monate in ein Sanatorium geschickt und kam dann zurück. Zur selben Zeit wurde er entmündigt. Nach seiner Rückkehr trat in seinem Benehmen keine Änderung ein; er belästigte die reiche Witwe, wie bisher, und drohte, es gäbe noch ein Unglück. Infolge-

dessen wurde er mit einem vom Kreisarzte ausgefüllten Fragebogen, in dem er als gemeingefährlich wegen der oben geschilderten Handlung bezeichnet wurde, und einem von der Bürgermeisterei ausgestellten Antrag, in die Klinik verbracht. Hier äußerte er die gleichen Wahnideen wie draußen; unumstößlich hielt er an ihnen fest und hatte an nichts anderem Interesse. Er war gehobener Stimmung und sehr stolz, dabei entschieden schwachsinnig. Hie und da war er ein wenig erregt, im übrigen aber ruhig und freundlich. Er drängte sehr auf Entlassung; es wurde daher die Bürgermeisterei um protokollarische Vernehmung von Zeugen gebeten, welche über die Gemeingefährlichkeit aussagen konnten. Sein Vormund gab an, X. belästige alle, er schimpfe in gemeiner Weise, besonders wenn er getrunken habe; es sei ihm zuzutrauen, daß er in gereiztem Zustande Leute angreifen würde. Infolge der fixen Idee sei er für die Bewohner des Heimatortes ein sehr lästiger Mensch. Ein Küfer, der bei der Witwe beschäftigt war, erklärte, X. sei auf alle, die im Hause der Arbeitgeberin wohnten, eifersüchtig, er habe ihn oft belästigt und einmal sogar mit einem Stocke geschlagen. X. sei nach seiner Ansicht verrückt und gemeingefährlich. Diese Angaben wurden von drei weiteren Zeugen im wesentlichen bestätigt, allerdings fügten zwei von ihnen hinzu, daß X. von den anderen immer verspottet worden sei wegen seiner fixen Ideen. Die Tochter des X. gab bei einem Besuch in der Klinik an, der Küfer habe ihren Vater zuerst angegriffen, als ihr Vater in das Haus der Witwe habe gehen wollen; es sei dann zu einer Schlägerei gekommen. Auf die Zeugenaussagen hin, die am 2. X. aufgenommen worden waren, wurde X noch bis zum 8. XII. in der Klinik zurückgehalten. Dann holte ihn sein Sohn ab. Am Ende der Krankengeschichte heißt es: „Obwohl die Wahnideen des Pat. als fixierte zu betrachten sind, und in dem Zustande des Pat. seit dem Eintritt in die Anstalt keine Änderung zu konstatieren ist, so ist doch bei dem starken Schwachsinn des Pat. anzunehmen, daß er in keine Konflikte mehr mit der Umgebung geraten wird". — X. starb zu Hause am 12. I. 03.

Auch bei diesen Krankengeschichten finden wir wieder eine, Fall 43, aus der wir entnehmen, daß es erst zu einem Delikte, zu einem Attentat auf die eigene Frau, kommen mußte, bevor Internierung erfolgte. Die Stellung der Diagnose war in diesem Falle sehr schwer; in der Klinik wurde F. zunächst für einen Paranoiker gehalten; die Ansicht änderte sich aber; man schob die Erregungszustände und Verfolgungsideen auf den übermäßigen Genuß von Alkohol, nahm zugleich aber auch an, daß F. von seinen Angehörigen, vor allem von seinem Schwiegervater, stark gereizt worden sei. Diese Ansicht ist bestätigt worden durch die Lebensweise, die F. seit 1909 geführt hat. Auch in Fall 44 wirkte die Ehescheidung Wunder und man muß nach dem Bericht des Bürgermeisters annehmen, daß auch in Fall 45 die Scheidung auf G.'s Zustand günstig einwirken wird. Inwieweit bei L. in Fall 46 neben dem Alkoholmißbrauch noch andere Umstände mitspielten, durch welche sein Zustand verschlimmert wurde, läßt sich mit Sicherheit nicht feststellen; jedenfalls scheint es durchaus nicht ausgeschlossen, daß die Mitarbeiter dazu beigetragen haben. Aus Fall 47 können wir entnehmen, wie schwer es ist, Gemeingefährliche zu halten, wenn kein entsprechender Aufnahmeantrag gestellt wurde. — Was den Zeitpunkt der Aufnahme in den Fällen 44—48 betrifft, so geht aus den Krankengeschichten deutlich hervor, daß in allen diesen Fällen, in denen es sich um Alkoholiker handelt, mit der Aufnahme viel zu lange gewartet worden ist. X. trank schon jahrelang; anstatt daß die Ehefrau seine Internierung beantragte, flüchtete sie zur Mutter. Bei G. war es fast so weit gekommen, daß er seine Frau totgeschlagen, bei Q., daß er seinen Sohn erschossen hätte. Die Drohungen und Mißhandlungen in Fall 46 und 48 waren sehr schwer und doch wartete man in beiden Fällen mit der Einweisung.

In Fall 49 handelt es sich nicht um einen Alkoholisten; ob er als vollkommen genesen betrachtet werden darf, ist fraglich; jedenfalls ist er sozial brauchbar.

Auch in Fall 50 und 51 handelt es sich nicht um eine Heilung, sondern lediglich um ein Aufhören der Gemeingefährlichkeit. Der letzte Fall ist auch noch deswegen interessant, weil eine Meinungsverschiedenheit wegen der Dringlichkeit der Aufnahme zwischen der Bürgermeisterei und dem Kreisarzte einerseits, dem Vormundschaftsgerichte, den Angehörigen und dem Hausarzte andererseits bestand.

Fall 52. B. J., Barbiersfrau, geb. 17. IX. 59, aufg. 14. IX. 97. Ist geschieden von ihrem Manne. Über die Heredität und die Folgen eines Prozesses s. Fall 42 (Bruder der J.). J. leistete der Aufforderung des Gerichts, sich freiwillig zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in die Gießener Klinik zu begeben, keine Folge; einem Gendarmen, der sie dorthin verbringen sollte, verwehrte sie mit Waffengewalt den Eintritt in ihre Wohnung. Als am folgenden Tage mehrere Gendarmen kamen, um sie abzuholen, legte sie sich völlig entkleidet ins Bett; sie mußte mit Gewalt angezogen werden und widersetzte sich während des Transportes in einem fort. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte am 14. IX. 97. Hier war J. zeitweise sehr erregt, zerriß ihre Kleidung, halluzinierte und äußerte oft Wahnideen, z. B. ihre Eltern und Geschwister seien getötet, man wolle auch ihr etwas antun. Um nach sechswöchigem Aufenthalte die weitere Anstaltspflege zu legalisieren, wurde der Kreisarzt zugezogen. Am 7. XII. 97 erfolgte unter den größten Schwierigkeiten, zum Teil in Narkose, die Überführung in eine Irrenanstalt. Anfangs war sie dort sehr erregt, griff sogar die Pflegerinnen an, später wurde sie ruhiger; am 1. VI. 98 wurde sie wenig gebessert versuchsweise in ihre Familie gegen Revers entlassen, da die Bürgermeisterei und der Vater dringend die Entlassung verlangten; in der Gemeinde war man der Ansicht, daß J. gesund und ohne Grund eingesperrt sei. Sie entfernte sich aber Ende Dezember und wurde am 30. XII. 98 aufgegriffen und einer Irrenanstalt zugeführt, in der sie sich noch befindet. Zeitweise ist sie sehr erregt und gewalttätig, zeitweise ruhig, aber stumpf und interesselos. Sie ist infolge einer körperlichen Erkrankung jetzt sehr elend.

Fall 53. B. L., Seiler, geb. 3. XI. 63, aufg. I.: 16. XI. 09, II.: 31. V. 10. Über erbliche Belastung und Kindheit nichts bekannt. L. trank seit Jahren. Er wurde am 16. XI. 09 auf polizeilichen Antrag, dem die Zeugenvernehmungsprotokolle über die Gemeingefährlichkeit gleich beigegeben waren, aufgenommen. Eine Zeugin erklärte, L. sei fast jeden Abend betrunken; er beschimpfe seine Frau dann mit „Hure, Sau". „In mehreren Fällen hatte er bei dieser Gelegenheit das Messer in der Hand und sagte: „Du stirbst noch, heute Abend wirst Du noch eine Leiche, ich zermalme Dich". Ich sah bei dieser Gelegenheit auch mal, daß L. seiner Frau mit der Hand ins Gesicht schlug". Ganz ähnlich sind die übrigen Aussagen; eine Zeugin setzte hinzu: „L. ist sehr eifersüchtig und im höchsten Grade gemeingefährlich". Das kreisärztliche Zeugnis wurde nachträglich eingeholt. In der Klinik hielt L. sich leidlich; nur fehlte ihm jede Einsicht für seine Handlungsweise zu Hause. Von Mitte März 1910 an beteiligte er sich an der Gartenarbeit, von der er am 19. IV. entwich. Am 31. V. wurde er auf Antrag der Polizei wieder aufgenommen. Die Ehefrau sagte bei der Vernehmung aus, es sei nur kurze Zeit gut gegangen; dann habe ihr Mann sie wieder mit gemeinen Ausdrücken beschimpft und mit Totschlagen bedroht; am 30. V. sei er mit einem Messer auf sie losgegangen. In der Klinik verhielt L. sich ruhig, nur war er zeitweise gedrückt wegen seiner Internierung. Kurz vor seiner Überführung in eine Irrenanstalt, die am 13. XII. 10 erfolgte, arbeitete er etwas im Garten mit. Dort war er fleißig und hielt sich gut. Er entwich am 15. V. 11. Die Heimatbehörde teilte uns unter dem 6. III. 14 mit: „daß L. seit längerer Zeit ohne feste Arbeit sich in der Welt umhertreibt und nicht für seine Familie sorgt. Ab und zu kehrt er nach G. zurück, ohne indessen geordnete Arbeitsverhältnisse aufzunehmen. Es will mir scheinen, als ob seine Frau einen großen Teil der Schuld an den ungünstigen häuslichen Verhältnissen trifft".

Fall 54. L. N., Bahnarbeitersfrau, geb. 22. I. 1848, aufg. I.: 16. IV. 98, II.: 2. XI. 99. Keine erbliche Belastung, hat sechs lebende Kinder. 1881 war N. längere Zeit verstimmt nach der Geburt des dritten Kindes, ebenso 1885 nach der Geburt des 5.; damals wollte sie einmal mit dem Kinde in den Brunnen springen. 1893 war N. erregt, schlug bei den Nachbaren die Fenster ein, schimpfte und prügelte ihre Kinder. Sie wurde in eine Irrenanstalt überführt und blieb dort $^1/_4$ Jahr. Dann war sie ruhiger. Seit 1895 verschlimmerte sich der Zustand wieder, im Dezember 1896 beantragte die Bürgermeisterei wieder die Aufnahme in eine Anstalt, doch zog sie den Antrag zurück, da N. sich beruhigte. Der

Kreisarzt konnte am 11. I. 97 in den Akten vermerken, daß die Kranke ruhiger sei und einstweilen in der Familie verbleiben könne. Aber schon am 28. I. 97 lehnte der Kreisarzt die weitere Verantwortung ab und machte der Bürgermeisterei die Überwachung der Kranken zur Pflicht. Am 11. IV. 98 stellte er den Antrag auf Unterbringung in eine Anstalt, die am 16. IV. 98 erfolgte. Der von der Bürgermeisterei gestellte Aufnahmeantrag lautete: „Wir bitten um sofortige Aufnahme der Geisteskranken L. N. von hier; dieselbe ist seit heute Mittag so tobsüchtig, daß das Allerschlimmste zu befürchten ist". Nach Angabe der Angehörigen mißhandelte sie ihre Kinder und beschimpfte sie in gemeinen Ausdrücken, lief auf die Straße, warf nach Vorübergehenden mit Steinen, schlief kaum, sondern lärmte fast die ganze Nacht. Schon gleich nach der Aufnahme wurde N. ruhig, arbeitete fleißig auf der Abteilung. Es konnte ein mäßiger Grad von Schwachsinn festgestellt werden. Am 10. V. wurde in die Krankengeschichte eingetragen: „Da die Pat. noch immer eine Arbeitskraft für ihr Hauswesen darstellt und von einer ernstlichen Gemeingefährlichkeit eigentlich nicht die Rede sein kann, so soll sie demnächst ihrer Familie wieder zurückgegeben werden. Am 25. VI. finden wir folgenden Eintrag: „Der Ehemann drängt neuerdings auf ihre Entlassung. Ihre Töchter stellen sich anders dazu, eine von ihnen äußerte sich kürzlich sehr bedenklich, gab noch an, daß noch im Vorjahre auf dem Felde die Mutter sie mit einer Sichel unter schwersten Drohungen verfolgt habe. Sie habe sich ihr nur durch die Flucht entziehen können. — Immerhin muß diese Mitteilung, welche die Tochter sonst noch niemandem gemacht haben will, zur Vorsicht mit der Entlassung mahnen". — Eintrag am 16. VII.: „Nach Einholung der Genehmigung der Gr. Bürgermeisterei zu den Ihrigen gegen Revers entlassen". Der Revers lautete: „Ich bin bei Entlassung meiner Frau auf die unter Umständen zu erwartende Gemeingefährlichkeit derselben, auch besonders für ihre nächsten Angehörigen, aufmerksam gemacht worden und bin mir der Verantwortlichkeit meines Schrittes bewußt. Ich will für Überwachung meiner Frau Sorge tragen".

Am 2. XI. 99 wurde N. auf Antrag des Ehemannes und auf Grund eines vom Kreisarzte ausgestellten Fragebogens wieder in die Klinik aufgenommen. Sie hatte zu Hause Eifersuchtsideen geäußert, auf eine Nachbarin, mit der ihr Mann anläßlich einer Hochzeit getanzt hatte geschimpft und sie bedroht; mit ihren Kindern soll sie gut ausgekommen sein. Hier war sie leicht reizbar und erregt und neigte zu Tätlichkeiten gegen ihre Umgebung. Sie wurde am 16. VIII. 00 in eine Irrenanstalt überführt und befindet sich noch dort. Sie halluziniert viel und ist oft laut, kann aber beschäftigt werden. Gewalttätig ist sie selten.

Fall 55. M. E., Färber, geb. 4. IV. 52, aufg. 11. IV. 1900. Der Vater soll Trinker gewesen sein. E. selbst gab an, er sei als Knabe schon sehr heftig und störrisch gewesen, habe sich schon früh mit seiner Familie überworfen und sei sehr unbeständig gewesen. Widerspruch habe er schlecht vertragen können, zu Tätlichkeiten habe er leicht geneigt. Schon vom 10. Lebensjahre an habe er getrunken, was er beibehalten habe. Mit 21 Jahren diente er und wurde zum Unteroffizier befördert. Mit 26 Jahren heiratete er; seine Familie hatte viel unter ihm zu leiden, da er sich oft zu Tätlichkeiten hinreißen ließ, besonders wenn er getrunken hatte. Er war ein tüchtiger Arbeiter. In der jetzigen Stellung war er etwa $1^1/_2$ Jahre. Mitte März 1900 nahm die Erregung zu; er trank wiederholt viel und war sehr empfindlich. Er regte sich besonders darüber auf, daß in seiner Fabrik Kontrollmarken eingeführt wurden; dadurch fühlte er sich degradiert und beleidigt. Als er sich der Anordnung nicht fügen wollte, wurde ihm gekündigt. Daraufhin kaufte er sich einen Revolver und überlegte, ob er sich allein oder den Direktor der Fabrik mit erschießen solle, wie aus einem an den Direktor gerichteten Briefe hervorgeht. Am 5. April schoß er sich in die Brust. Er wurde auf Antrag der Bürgermeisterei in die Klinik aufgenommen. In dem ärztlichen Zeugnis steht: . „ . . . daß eine Wiederholung des Erregungszustandes, in welchem von demselben gemeingefährliche Handlungen zu befürchten sind, nicht ausgeschlossen ist". E. gab an, er sei am Tage nach der Kündigung nach F . . . gefahren, um sich einen Revolver zu kaufen, sei aber solange planlos umhergelaufen, bis die Läden geschlossen gewesen seien; dann habe er sehr viel getrunken. Am folgenden Tage sei er nüchtern wieder nach Frankfurt gefahren und habe sich einen Revolver gekauft; darauf habe er wieder reichlich Bier und Schnaps getrunken. Über das, was er am 4. IV. gegen Abend gemacht habe, wisse er nichts mehr. Am 5. IV. sei er zur Fabrik gelaufen und habe dort die Schüsse auf sich abgegeben; den Direktor habe er nie erschießen wollen. In der Klinik hielt sich E. leidlich ruhig, war aber leicht reizbar, beeinflußbar und zeitweise traurig gestimmt. Eines Tages sagte er: „Der Direktor ist doch daran schuld, daß ich da bin . . . Und wenn ich herauskomme,

muß der Direktor heute noch mitsterben, ich habe schon schwer gelitten, aber so wie ich diese Tage gelitten habe, das überwinde ich nicht." Ein anderes Mal gab er an, an dem Zerstörer seines Glückes wolle er sich furchtbar rächen,wenn man ihn hier auch umzustimmen suche; das würde man niemals fertig bringen. Zeitweise war er noch sehr erregt. Am 5. I. 01 wurde er in eine Irrenanstalt überführt. Dort war er unverträglich, reizbar, in stets schwankender Stimmung. Da seine Frau ihn abholen wollte, wurde an das zuständige Kreisamt geschrieben, ob seiner Entlassung etwas im Wege stünde. Es erfolgte keine Antwort. Infolgedessen wurde E. am 14. VIII. 01 probeweise gegen Revers entlassen. Schon am 17. XII. 01 kehrte er freiwillig in die Anstalt zurück und erklärte, er habe mit den Menschen draußen nicht auskommen können, die verstünden ihn nicht, durch seine Gereiztheit sei er seinen Eltern zur Last gefallen. Er befindet sich noch in der Anstalt und bietet dasselbe querulierende, stets wechselnde Bild wie früher. Er vermeidet den Umgang mit anderen Kranken, explodiert aber gleichwohl von Zeit zu Zeit heftig.

Fall 56. K. E., Sattler, geb. 21. VIII. 51, aufg. 19. III. 03. Großmutter väterlicherseits und Bruder des Vaters waren geisteskrank. E. war schon als Kind leicht aufgeregt und reizbar. Er machte den Krieg 70/71 mit, heiratete 1875 und hatte 5 gesunde Kinder, ein Sohn starb wahrscheinlich im epileptischen Anfall. E. war in seinem Berufe tüchtig. In Gesellschaft hatte er oft Streit und Unannehmlichkeiten, weil er vieles auf sich bezog. Alkoholische Getränke vertrug er schlecht; er wurde sofort erregt und reizbar. Seine Frau hatte viel darunter zu leiden, auch unter seinen maßlosen geschlechtlichen Ansprüchen; er soll sie auch schon geschlagen haben. Sie wurde von der Bürgermeisterei darüber vernommen und erklärte: „Ich habe den Antrag um Aufnahme meines Mannes erst gestellt, als er wiederholt mich und meine Kinder mit Totstechen und Umbringen bedrohte. Einmal hatte er auch eine Axt bei sich; manchmal hat er sich mit einem Messer bewaffnet in der Absicht, seine angeblichen Verfolger damit unschädlich zu machen. Er lebte nämlich in der letzten Zeit ständig in dem Wahne, er werde verfolgt und müsse sich schützen. Der Arzt hat mich wiederholt ermahnt, vorsichtig zu sein, da er sehr gefährlich sei. Einmal hat er mir das Gesicht zerkratzt, und den Arm blau gedrückt, als ich ihn von einer Verfolgung zurückhalten wollte, und dabei über $^1/_4$ Stunde mit ihm allein ringen mußte". E. wurde einmal wegen Beleidigung und einmal wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses, weil er seinen Sohn auf der Straße geschlagen hatte, bestraft. Seinen Kindern gab er das schlechteste Beispiel. Er benannte seine Frau in ihrer Gegenwart mit den schauderhaftesten Ausdrücken und warf ihr die unsittlichsten Handlungen vor. Mehrfach äußerte er Selbstmordgedanken. Nach Aussage des Sohnes bat er oft um Verzeihung und hatte die besten Vorsätze, es sei aber immer nur bei den Vorsätzen geblieben.

In der Klinik fiel zunächst das starke Zittern auf. Dann beschuldigte er gleich bei der Aufnahme seine Frau und Kinder; seine Frau sorge nicht für ihn, komme nicht ihren ehelichen Pflichten nach; sein Sohn habe ihn mißhandelt. Er gab zu, krank zu sein, und glaubt auch, daß die Erkrankung vom Trinken herrühre; er sei aber immer nur durch Ärger ans Trinken gekommen und könne Alkohol schlecht vertragen. Bis zuletzt wälzte E. die Schuld von sich auf andere, besonders seine Familie ab. Einige Symptome wurden festgestellt, die annehmen lassen, daß die Alkoholintoleranz auf epileptischer Basis entstanden ist. Die Erregung blaßte allmählich ab; E. wurde freundlich und beschäftigte sich etwas. Am 20. V. wurde er von seiner Frau abgeholt. Nach einer brieflichen Mitteilung von Mitbewohnern des Hauses verübte E. Ende 1908 Selbstmord.

Fall 57. B. E., Oberförster, geb. 25. V. 65, aufg. 23. XII. 09. Die Eltern starben beide an Herzschlag. Die meisten Familienmitglieder sind psychopathisch veranlagt. E. litt viel an Halsentzündungen und Gicht. Paranoische Ideen traten zum ersten Male 1904 auf; er glaubte, seine Bekannten und Vorgesetzten seien auf einmal anders gegen ihn geworden, sie behandelten ihn geringschätzig. Später traten Vergiftungsideen, sowie Geschmacks- und Geruchshalluzinationen auf. Er glaubte sich von anderen bedroht, so von dem behandelnden Arzte. In dem ärztlichen Fragebogen heißt es: „im allgemeinen verträglich, jedoch als gemeingefährlich zu bezeichnen; hat schon auf Grund von Wahnideen Leute seiner Umgebung mit Schießwaffen bedroht. Letztere anderweit gemachte Angabe wird von der Schwester bestritten." Auf Antrag des Bruders wurde er in die Klinik aufgenommen. Hier äußerte er, es werde ihm infektiöser Staub eingeblasen und andere Wahnideen. Da sie nicht nachließen, wurde ein kreisärztliches Zeugnis eingeholt. Am 25. II. 10 erfolgte die Verlegung in eine Irrenanstalt, wo er dauernd von Verfolgungsideen

beherrscht war. Zeitweise mußte er künstlich ernährt werden. Er war sehr mißtrauisch und dabei höchst anmaßend. Am 15. VI. 11 holte eine Schwester des E. und ein Arzt diesen ab, nachdem vorher der Anstalt in einem eingeschriebenen Briefe mitgeteilt worden war, daß der Familienrat beschlossen habe, E zu einem Arzte in Pension zu geben. Schon am 30. VI. wurde er wiedergebracht, da er 10 Tage lang keine Nahrung zu sich genommen und sich in sein Zimmer eingeschlossen hatte. Im Oktober 1911 erfolgte seine Entmündigung; er befindet sich zurzeit noch in der gleichen Anstalt.

Fall 58. S. V., ohne Beruf, geb. 10. VI. 81, aufg. 23. II. 05. V. konnte trotz Bemühung die Berechtigung zum einjährigen Dienste nicht erlangen. Er wurde im September 1904 als dienstuntauglich wegen Geistesstörung vom Militär entlassen. Im Oktober beleidigte er ohne Grund auf dem Bahnhofe einen Schaffner; als seine Personalien festgestellt werden sollten, wurde er erregt, nannte sich Großherzog und zog schließlich aus seinem Stock einen Degen, um sich zu verteidigen. Er wurde in eine Kaltwasserheilanstalt gebracht, wo er mehrere Monate verblieb. Der Arzt berichtete nachträglich darüber, daß V. häufig erregt und sehr unordentlich gewesen sei, die gesellschaftlichen Formen außer Acht gelassen und sich in die Hausordnung nicht gefügt habe. Der Vater machte dann den Versuch, ihn bei einem Geschäftsfreunde unterzubringen, was aber mißglückte. V. reiste nach B . . ., wo er, obwohl er mittellos war, 14 Tage im Hotel gut lebte. Infolgedessen brachte ihn der Vater in die Klinik. Nachträglich bescheinigte auf das Ersuchen des Direktors ein Arzt in B . . ., daß er V. auf einer Gesellschaft kennen gelernt und sofort erkannt habe, daß es sich bei ihm um eine geistige Störung handle; er habe kein Wort geredet, einen Herrn nach dem andern mit nichtssagendem Lächeln angesehen und ein sehr selbstbewußtes Wesen zur Schau getragen. Auch hier machte er einen hochfahrenden Eindruck, machte die unausführbarsten Pläne, war stets heiter, ruhig und zufrieden, zeigte keine Neigung zu irgend einer Beschäftigung und blieb in der Regel bis Mittag im Bett. Am 3. VI. 05 wurde er von seiner Mutter gegen Revers abgeholt; dieser lautete: „Ich bin bei der Abholung des Herrn V. darauf aufmerksam gemacht worden, daß es sich um einen gemeingefährlichen, sehr überwachungsbedürftigen Geisteskranken handelt." V. wurde von seinen Angehörigen in eine Kaltwasserheilanstalt gebracht. Dort verhielt er sich zunächst apathisch; dann wurde er erregt, so daß es nicht möglich war ihn zu halten. Er wurde daher am 22. VI. 06 in eine Irrenanstalt überführt, in der er sich noch befindet. Er ist zeitweise sehr erregt, halluziniert und äußert alle möglichen Wahnideen.

Fall 59. K. L., Portefeuillearbeiter, geb. 15. VII. 70, aufg. 10. VI. 99. Eine Schwester war geistesgestört. L. soll als Kind Krämpfe gehabt haben. Er lernte ziemlich gut, war still und spielte nur ungern mit anderen. Er diente zwei Jahre beim Militär, mußte aber geschont werden, da er mit Herzklopfen zu tun hatte. Er arbeitete zunächst gut und regelmäßig. Von 1895 an fühlte er sich verfolgt, besonders vom Rechner der allgemeinen Sparkasse, dem er Unterschlagungen vorwarf, die tatsächlich aber nicht festgestellt wurden. Nach und nach hielt er alle Leute, mit denen er verkehrte, für beeinflußt von seinen Feinden. Er wechselte alle Augenblicke die Stellung. Seit Weihnachten 1898 war er zu Hause. Seine Nervosität und seine Feinde ließen ihn kaum zur Arbeit kommen. Durch die Machenschaft seiner Feinde fühlte er sich vom ganzen Dorfe gemieden und geächtet. Auch eine gonorrhoische Erkrankung schiebt er auf diese. Der Aufnahmeantrag für die Klinik wurde vom Vater gestellt; der ärztliche Fragebogen wurde vom Kreisarzte gegengezeichnet. Die durch die Bürgermeisterei vorgenommenen Vernehmungen, die auf Ersuchen der Klinik nachträglich eingesandt wurden, ergaben folgendes: Der Vater erklärte am 7. VI.: „Mein Sohn ist im höchsten Grade geisteskrank und ich bitte um schnellste Aufnahme in eine Anstalt, da derselbe als gemeingefährlich zu betrachten ist; derselbe hat mich am 3. Juni mittelst Scherfmessers mit Totstechen bedroht" und weiter am 9. VIII.: „. . . . bedrohte meinen Schwiegersohn mit Revolver und ich glaube auch, wenn er Patronen gehabt hätte, denselben auch erschossen hätte." Der Schwager des L. gab am 9. VIII. an: „Etwa 4 oder 5 Wochen vor der Aufnahme (in die Klinik) hatte mich mein Schwager infolge eines Disputs, da er mir einige Küchengeräte entzweischlug, darüber zur Rede gestellt; darauf ergriff er ein Scherfmesser und wollte mir solches in den Leib stechen, worauf ich die Flucht ergriff. Darauf warf ich ihm das zerschlagene Petroleumkännchen zum Fenster hinein, da nahm er den Revolver und wollte nach mir schießen. (Er rief:) Es ist schade, daß ich keine Patronen mehr habe, sonst würdest Du morgen nicht mehr leben; ich werde morgen nach O. gehen und Patronen kaufen. — Ich bin der Meinung, daß wenn er Patronen gehabt hätte, er mich sicher-

lich erschossen hätte; es ist selbstverständlich, daß ich Ärzte nicht verhetzt habe noch meine Angehörigen". Ein Brief, den L. kurz vor der Aufnahme an den Hausarzt richtete, lautete: „. . . . Ihnen möchte ich den Rat geben, daß Sie mir keinen Arzt mehr aufhetzen, daß er mich nicht ausheilen soll (von Gonorrhoe), wie sie es mir in Frankfurt gemacht haben. Pfui, schämen sie sich als Arzt, einen Menschen in solcher Weise zugrunde zu richten . . . . Sie stehen doch nur unter der Botmäßigkeit des Schurken L . . . . Wenn ich sehe, daß man mich noch länger verfolgt und ich soll es am Ende noch mit meinem Leben bezahlen, dann mag zuerst ein anderer sterben. Das andere wird sich dann schon finden".

In der Klinik hielt L. unentwegt an seinen Wahnideen fest; einmal schrieb er auf einen Zettel: „1. mich wollen die Sozialdemokraten los werden und die Juden auch. 2. Die Sozialdemokraten wollten mit Gewalt recht haben, daß ich die Kuh gebraucht habe. 3. Die Sozialdemokraten haben mich zu einer geschlechtskranken Dirne geführt, damit ich den Tripper kriege. 4. Die Sozialdemokraten haben mich hier einsperren lassen." Halluzinieren wurde nicht beobachtet. Am 24. VIII. 99 wurde L. in eine Irrenanstalt überführt. Auf Antrag des Vaters wurde er am 19. VIII. 1900 ungeheilt entlassen. Zu Hause äußerte er andauernd Verfolgungsideen; trotzdem behielten ihn die Angehörigen dort, bis er dem Vater mit dem Messer, die Ortseinwohner mit Totschießen bedrohte; er besaß drei Revolver. Erst am 8. II. 06 wurde er als gemeingefährlicher Geisteskranker durch die Bürgermeisterei der Anstalt wieder zugeführt. Er befindet sich noch dort. Sein Zustand hat sich nicht geändert.

Fall 60. Q. F., Kaufmann, geb. 5. III. 90, aufg. 9. VI. 13. Keine erbliche Belastung. F. war als Kind schüchtern, lernte gut. Seit 1911 sehr ruhig, starrte oft in eine Ecke und lächelte vor sich hin, hatte einen gespannten Gesichtsausdruck. Oft mußte er seine Stellung wechseln, weil er zu Widerspruch neigte. Später äußerte er Verfolgungsideen; wiederholt lief er mit dem Messer in der Hand wütend im Zimmer umher. Im ärztlichen Fragebogen heißt es: „Es besteht große Gefahr, daß der Kranke sich und anderen gefährlich wird." Auf Antrag des Vaters wurde F. in die Klinik aufgenommen. Die Erklärung der Bürgermeisterei enthielt nichts über Gemeingefährlichkeit. Hier verhielt er sich ruhig und geordnet, mied aber den Verkehr mit den anderen Kranken. Er gab die Wahnideen, sowie Gehörs-, Gesichts- und Gefühlshalluzinationen zu, sprach aber nicht gern darüber und äußerte nichts ungefragt. Am 15. VIII. wurde er vom Vater gegen Revers abgeholt. Zu Hause wurde er bald wieder sehr auffällig, schimpfte auf den Vater, wollte die Mutter schlagen, schloß sich ein und aß fast nichts mehr. Infolgedessen wurde er am 8. IX. 13 auf Antrag des Vaters auf Grund eines ausführlichen ärztlichen Zeugnisses, in dem darauf hingewiesen wurde, daß die öffentliche Sicherheit gefährdet sei, in eine Irrenanstalt aufgenommen. Sein Wesen war läppisch und maniriert; er zeigte keine Neigung zu Beschäftigung und war sehr zurückhaltend. Am 15. XII. 13 wurde er gegen Revers vom Vater abgeholt.

Fall 61. F. X., Kaufmann, geb. 7. XI. 70, aufg. 10. I. 03. Über erbliche Belastung war nichts Genaues zu erfahren. Anfang Dezember 1901 hörte X. zum ersten Male einen elektrischen Strom, mit dem auf ihn eingewirkt wurde. Am 7. XII. 01 stellte der Kreisarzt ein Zeugnis aus, nach welchem X. wegen Verfolgungswahns der Irrenanstaltspflege bedürftig sei. Daraufhin erfolgte aber nichts; die Wahnideen nahmen zu; es traten noch Geschmacks- und Geruchshalluzinationen auf. Am 29. III. 02 bestätigte der Kreisarzt auf dem alten Fragebogen die Geisteskrankheit des X. und fügte hinzu: „Die möglichst umgehende Unterbringung des X. in eine Irrenanstalt ist in Anbetracht seiner Verfolgungsideen im öffentlichen Interesse angezeigt". Es geschah aber noch immer nichts. Endlich schoß X. in der Nacht vom 7. auf 8. I. 03 mehrere Male aus seinem Fenster hinaus. Der Kreisarzt wurde wieder gerufen und bemerkte auf dem früher ausgestellten Fragebogen: „Er ist gemeingefährlich, gibt nachts Schüsse mit dem Revolver ab; dabei betreibt er ein offenes Ladengeschäft. Seine Verbringung in eine Irrenanstalt ist von Amtswegen absolut erforderlich." Nunmehr wurde X. auf Antrag der Bürgermeisterei in die Klinik überführt. Hier gab er alles genau an, fühlte sich dauernd beeinflußt, roch und schmeckte die unangenehmsten, ekelhaftesten Sachen, empfand an den inneren Organen Schmerzen, war im übrigen ruhig und freundlich, aber zurückhaltend. Er glaubte, die Verfolgungen rührten von seinen Mitkranken her; er schien auch die Ärzte in Verdacht zu haben, doch sprach er sich darüber nicht offen aus. Am 12. II. wurde den Angehörigen, am 17. II. der Bürgermeisterei geschrieben, die Klinik könne den Kranken nicht länger verpflegen, es möge die Überführung in eine andere Anstalt beantragt werden. Beide Briefe blieben unbeantwortet; infolgedessen wurde X. am 2. V.

der zuständigen Bürgermeisterei zugeführt, die ihn im städtischen Krankenhause unterbrachte. Er starb am 10. IV. 12.

Fall 62. J. J., Korbmacher, geb. 28. XI. 68, aufg. 10. IX. 08. Großmutter mütterlicherseits geisteskrank. J. war ein guter Schüler und Soldat. Erst 1905 fiel eine Veränderung seines Wesens auf; er wurde menschenscheu und jähzornig. 1907 wurde er wegen Körperverletzung bestraft. Er hatte ohne ersichtlichen Grund mit einer in seinem Hause wohnenden Frau Streit angefangen und sie mit einem Stiefel blutig geschlagen. Im Laufe des Jahres 1908 steigerte sich die Erregbarkeit. Er äußerte Verfolgungsideen und drohte einen Zeugen aus seinem Prozeß von 1905 erschießen zu wollen. Seine Arbeitsleistung wurde immer schlechter. Er wurde auf Antrag des Kreisamts auf Grund eines kreisärztlichen Zeugnisses als gemeingefährlicher Geisteskranker am 10. IX. 08 in die Klinik aufgenommen. Eine von uns veranlaßte, durch die Bürgermeisterei vorgenommene Zeugenvernehmung ergab, daß J. sehr erregt war, viel schimpfte und mehrfach mit einem Revolver schoß. Einen Zeugen bedrohte er mit den Worten, er wolle ihn noch wegbringen; der Zeuge sagte aber aus, er habe diese Äußerung nicht für Ernst gehalten. Hier war er mißtrauisch und zurückhaltend; hie und da äußerte er Verfolgungsideen. Im Mai 1909 wurde er entmündigt und am 11. III. 10 in eine Irrenanstalt überführt. Er hielt sich dort gut und wurde mit Zustimmung des Kreisamtes am 30. X. 10 zu seinem Schwager nach F. . . . entlassen. Dort blieb er nicht lange, sondern kehrte in seine Heimat zurück. Von seiner Heimatbehörde erhielten wir jetzt folgende Auskunft: „Über das ungezogene Benehmen des J. klagt seine bisherige Logiswirtin sehr. Auch dem gr. Kreisamte macht er durch Anzeigen über Dinge, die ihn nichts angehen, zu schaffen. Er arbeitet nur gelegentlich . . . . Irrsinnig ist er nicht, aber ein Querulant".

Fall 63. N. P., geb. 31. I. 80, aufg. I.: 27. I. 06, II.: 8. V. 06. Mutter nervös, Großmutter mütterlicherseits geistesschwach, mehrere entferntere Verwandte geisteskrank. P. lernte gut, war aber reizbar und unverträglich. War von der Pubertät an sehr erotisch, gebar einmal unehelich. 1902 wurde P. reizbarer, äußerte Größenideen, fiel durch ihre Kleidung auf der Straße auf. 1905 Selbstmordversuch. Dann Umherschweifen in der Welt; kam schwanger heim. Wurde nach der Entbindung auf Antrag der Mutter und auf Grund eines kurzen kreisärztlichen Zeugnisses am 27. I. 06 in die Klinik aufgenommen. Hier sprach sie zeitweise unzusammenhängendes Zeug, äußerte Größenideen, war sehr erotisch, sah beständig nackte Männer vor sich. In dem zur Überführung in eine Landes-Irrenanstalt ausgefüllten Fragebogen heißt es: „Wegen des starken Erotismus bei gleichzeitig bestehender Geisteskrankheit, die nicht auf den ersten Blick erkannt werden kann, stellt sie in der Freiheit eine Gefahr dar." Die Überführung fand nicht statt, da der Vater sie am 22. II. 06 gegen den ärztlichen Rat abholte, obwohl er im Revers darauf aufmerksam gemacht worden war, daß große Gefahr der Wiederschwängerung besteht. Schon am 8. V. 06 brachte die Mutter sie wieder, da die nötige Überwachung des Mädchens zu Hause nicht durchgeführt werden konnte; sie belästigte Bekannte durch Liebesbriefe, weinte und schimpfte oft laut. Hier war sie zeitweise sehr negativistisch, so daß für kurze Zeit Sondenernährung notwendig war. Am 9. VIII. 06 nahm die Mutter die Kranke trotz der schlechten Erfahrungen, die sie gemacht hatte, nach Hause; sie wurde im Revers auf die Selbstmordgefahr und die unausgesetzte Überwachungsbedürftigkeit aufmerksam gemacht. Schon am 30. X. 06 mußte P. wieder in einer Anstalt untergebracht werden, wo sie sich noch befindet. Sie ist stumpf und gleichgültig, kann aber mit Handarbeit beschäftigt werden. Zeitweise treten infolge von Halluzinationen Erregungszustände auf.

Die voraufgegangenen Fälle sind Beispiele für eine zu spät erfolgte Internierung und zu früh erfolgte Entlassung. Fall 52 ist schon zusammen mit Fall 42 kurz besprochen worden.

Während es sich bei den erfolgreichen Entlassungen fast nur um Alkoholiker handelt, haben wir unter den letzten Fällen nur einen einzigen Alkoholisten, Fall 53. Bei ihm scheint aber die mangelhafte Führung nach der Entlassung wenigstens zum Teil der Frau zuzurechnen zu sein. In allen anderen Fällen handelt es sich um Paranoiker, in Fall 56 vielleicht um einen Epileptiker. In Fall 54 und 55 erfolgte die Entlassung mit Genehmigung der Bürgermeisterei bzw. des Kreisamtes, in Fall 56—60 nur auf Antrag der Angehörigen. Bei

Fall 57 gaben sich die Geschwister zweifellos Mühe, genügende Garantien für die Überwachung zu geben; in Fall 58, 59 und 60 muß man sich fragen, ob ein Revers genügte, ob nicht eine Anfrage bei der Verwaltungsbehörde zweckmäßig gewesen wäre.

Fall 61 und 62 sind vor allem dadurch interessant, daß den Bürgermeistereien in manchen Fällen eine richtige Beurteilung des Sachverhalts in psychiatrischen Dingen nicht zugetraut werden kann.

Abgesehen von Fall 63 handelt es sich in allen Fällen um schwere Drohungen und Attentate, fast immer um Erschießen; in allen Fällen konnte von einer Heilung nicht die Rede sein. Bei P. in Fall 63 steht das sexuelle Moment im Vordergrund: die Gefahr der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten, sowie die Gefahr kranke oder psychisch minderwertige Kinder zur Welt zu bringen.

Fall 64. G. O., Dienstmann, geb. 15. XII. 60, aufg. 19. II. 08. Der Vater ist verschollen; über erbliche Belastung und Vorleben nichts zu ermitteln. Seit Ende 1907 Charakterveränderung. Er wurde leicht erregt und unverträglich. Anfang 1908 bedrohte er seine Frau und die Hausleute. Am 14. II. 08 erschien seine Frau auf der Polizei und erklärte, ihr Mann, der ein Fuhrwerk besitze, fahre in der letzten Zeit sinnlos drauflos, vor kurzem habe er fast einen Straßenkehrer und gestern fast ein Kind überfahren. Sie selbst sei wiederholt von ihm bedroht worden, so daß sie sich zu einer bekannten Familie geflüchtet habe. Sie bitte ihren Mann ärztlich untersuchen zu lassen. Auf Antrag des Kreisamtes wurde er am 19. II. 08 in die Klinik aufgenommen; am folgenden Tag stellte auf unser Ersuchen der Kreisarzt ein Zeugnis über die Geisteskrankheit und Gemeingefährlichkeit aus. Hier machte er mehrfach paranoide Äußerungen und war zeitweise barsch und ablehnend. Auf unsere Veranlassung wurde noch ein Hausbewohner vernommen; er sagte aus, daß in der Wohnung des O. oft großer Lärm gewesen sei, er habe seine Frau und andere Hausleute bedroht mit den Worten: „Ihr Bande, ich drehe Euch heute noch allen das Genick herum." In der Klinik erzählte er noch, er wolle nicht mehr Dienstmann sein, sondern eine Wirtschaft kaufen. Auf Befragen gab seine Frau an, daß er eine bestimmte Wirtschaft im Auge habe, diese aber garnicht verkauft werden solle und er selbst überhaupt kein Geld zum Kaufen habe. Am 31. III. 08 wurde O. in eine Irrenanstalt überführt. Er blieb dort bis zum 8. VI. 08 und hielt sich gut, war aber leicht aufgeregt. Seine Frau holte ihn gegen Revers ab; sie wurde darauf aufmerksam gemacht, daß leicht ein Rückfall eintreten könne.

Fall 65. D. J., Kunsttischler, geb. 25. II. 75, aufg. 13. XII. 04. Die Eltern sollen brave Leute gewesen sein. J. hatte noch 7 Geschwister. Er soll gut gelernt haben. Schon 1888 bekam er wegen Diebstahls einen Verweis, 1892 wegen Körperverletzung 6 Monate Gefängnis, 1894 wieder sechs Monate wegen Diebstahls, 1895 $3^1/_2$ Monat wegen Diebstahls und Betrugs, 1897 wegen Sachbeschädigung 1 Jahr und wegen Betrugs $6^1/_2$ Monate, 1898 wegen Betrugs 9 Monate und wegen Körperverletzung 1 Jahr Gefängnis, 1901 wegen Diebstahls im Rückfalle und schweren Diebstahls 3 Jahre Gefängnis, 1903 wegen Beleidigung, Widerstands und Sachbeschädigung 6 Monate Gefängnis. Die drei letztgenannten Straftaten beging er in der Strafanstalt Butzbach; dort mußte er auch mehrfach diszipliniert werden. Der Direktor schreibt über ihn: „. . . . . J. ist ein bedauernswerter Mensch, dem in seinem Leben wenig Liebe erwiesen worden ist und der das Unglück hat, am Zuchthauskoller zu leiden. Andererseits ist er aber auch ein gemeiner, hinterlistiger, boshafter Mensch, der in einem Wutanfall vor keiner Gewalttat zurückschreckt." An einer anderen Stelle heißt es: „J. ist ein mehrfach vorbestrafter Mensch von tiefgründiger Tücke und Bosheit . . . anmaßend, ungehorsam, widerspenstig, heimtückisch . . . . roh, brutal, unverträglich, gewalttätig, dabei verschlagen und verlogen". Die Ausbrüche von Erregung waren zum Teil sehr heftig; J. wurde mehrfach aggressiv und äußerte Drohungen gegen den Direktor. Im Oktober 1902 machte er einen Selbstmordversuch. Anfangs 1904 tauchen paranoide Ideen auf, über die folgender Brief Auskunft gibt: „. . . . . Ich habe die leider sehr traurige Tatsache erfahren, daß die deutsche Rechtsverfassung durch die ausübende Justiz in einer Art und Weise dem Arbeiter gegenüber verdreht und gehandhabt wird, daß es an der Zeit erscheint, mit solchen Übelständen einmal gründlich aufzuräumen. Aufwiegler, Hetzer, Revolutionäre u. dgl. nennt man die Anhänger der roten Partei, aber man

vergißt dabei, wie man von den gesetzgebenden Kreisen aus mit diesen Kanaillen umgeht." — Nach und nach konzentrierten sich die Ideen immer mehr auf den Direktor der Anstalt, hinter allem argwöhnte er etwas Ungesetzliches, was auf Anordnung des Direktors gemacht werde, um ihn zu vergewaltigen.

In der Klinik war J. finster und mißtrauisch. Nach und nach wurde er etwas zugänglicher; doch hielt er an den Wahnideen in bezug auf den Strafanstaltsdirektor fest. Er wollte sich nicht davon überzeugen lassen, daß er hier unparteiisch behandelt werde. Zeitweise äußerte er Vergiftungsideen. Die Stimmung war schwankend und es bestand große Neigung zu Erregungen. In dem abgegebenen Gutachten heißt es, daß sich J.'s Haß gegen den Strafanstaltsdirektor voraussichtlich noch steigern werde, wenn er von dem Tode seines Vaters erfahren würde, für den er ein Gesuch um Unterstützung eingereicht hatte, welches aber vom Direktor abschlägig beschieden wurde. Tatsächlich ist diese Vermutung nicht eingetroffen; J. zeigte sich später dem Direktor gegenüber ganz versöhnlich. Auf das Gutachten der Klinik hin wurde der Strafvollzug ausgesetzt und J. am 20. I. 05 als gemeingefährlicher Geisteskranker einer Irrenanstalt zugeführt. Auf Veranlassung von J.'s Mutter wurde Mitte März beim zuständigen Kreisamt angefragt, ob gegen die Entlassung des J., der sich in der Anstalt ruhig und geordnet verhalten hatte, etwas einzuwenden sei. Das Amt erwiderte, es ersuche den J. im Falle einer Entlassung nicht gleich auf freien Fuß zu setzen, sondern der Heimatbehörde zu übergeben. Am 31. III. 05 wurde J. in seine Heimat entlassen, er übernahm dort das Geschäft seines verstorbenen Vaters.

Fall 66. K. S., Landwirt, geb. 3. IV. 69, aufg. 25. IV. 06. Eltern sind leicht erregt; ein Bruder der Mutter erschoß sich nach Verbüßung einer Zuchthausstrafe, die er sich wegen Verleitung zum Meineid zugezogen hatte. Zwei andere Blutsverwandten nahmen sich das Leben, wieder zwei andere sollen stark nervös sein. S. zeigte schon lange vor der Tat ein auffallendes Benehmen, vor allem paranoische Züge und Energielosigkeit. Die Familie hatte dafür kein Verständnis, sondern hielt das krankhafte Wesen für Mangel an gutem Willen und an Arbeitslust und behandelten ihn dementsprechend. Infolgedessen zeigte er gegen seine Angehörigen große Abneigung. Häufig kam es zu Streitigkeiten, so anläßlich der Verlobung des S. und bei der Berufswahl. Nach und nach traten bei S. Beziehungsideen und hypochondrische Wahnvorstellungen auf; er wurde unstet, beging auffällige Handlungen und mußte deswegen in ein Sanatorium gebracht werden. Dort wurde er, da er seine Wahnideen verheimlichte, nach kurzem Aufenthalte entlassen. Seit 1905 konnte er nicht mehr arbeiten. Am 30. III. 06 geriet er anläßlich einer geringfügigen Ursache mit seinem Vater in Streit; der Schwager wurde zu Hilfe gerufen. Als dieser kam, schoß S. zweimal auf ihn und dann auf seinen Vater; an dem gleichen Morgen hatte er seine Mutter angegriffen. S. setzte seiner Verhaftung keinen Widerstand entgegen. Er gab an, schon lange von seinen Angehörigen schlecht behandelt zu sein; den Revolver habe er sich nur gekauft, um zu drohen; er habe nicht die Absicht gehabt, jemanden zu erschießen.

In der Klinik war S. deprimiert; anfangs verhielt er sich ganz ablehnend. Später gab er gut Bescheid, aber nur in Flüstersprache; hie und da ließen seine Äußerungen auf Beeinträchtigungsideen schließen. Ständig brachte er hypochondrische Vorstellungen vor. Er wurde auf Grund des § 51 R.St.G.B. freigesprochen und am 6. VI. 06 in eine Irrenanstalt überführt. Nachträglich wurde S. entmündigt; Ende 1907 ging er dagegen an. Er war aus der Anstalt entlassen und in eine Kaltwasseranstalt verbracht worden. Um seinen Aufenthaltsort selbst bestimmen zu können, verlangte er die Aufhebung der Entmündigung. Unter dem 24. XII. 07 teilte uns sein Rechtsanwalt mit, S. sei kurze Zeit bei seinen Eltern gewesen; sein Vater wolle ihn zu sich nehmen und die Verantwortung für ihn übernehmen, das Kreisamt habe aber verfügt, daß er zwangsweise in eine Irrenanstalt verbracht werde, falls er nicht freiwillig eine solche aufsuche. Nach Angabe des Rechtsanwaltes hat sich sein Schwager mit ihm ausgesöhnt; weiter teilte er mit, daß S. nicht ganz mit Unrecht angenommen habe, sein Schwager wolle ihn benachteiligen; der Vater selbst habe erklärt, er sei von seinem Schwiegersohn ungünstig beeinflußt worden.

Fall 67. G. S., Portefeuiller, geb. 12. X. 59, aufg. I.: 6. V. 1900, II.: 23. XII. 1900. Ein Bruder war nervös und trank; eine Schwester geisteskrank. 1897 wurde S. plötzlich sehr nervös ohne Grund und klagte oft über Luftmangel. Am 4. IV. 00 zog er mit seiner Familie in einen anderen Ort. Seit der Zeit wurde er allmählich still und traurig; Widerwärtigkeit im Geschäft und völlige Mittellosigkeit, so daß die Familie im Armenhause untergebracht werden mußte, wurden als Ursache angegeben. Nach und nach traten

Wahnideen auf. S. glaubte, körperlich schwer krank und von seiner Frau vergiftet worden zu sein. Oft äußerte er, er wolle sich und seine Familie umbringen; mehrfach suchte er seine Selbstmordgedanken zu verwirklichen. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte beide Male auf Antrag der Bürgermeisterei; den ärztlichen Fragebogen fertigte der Kreisarzt aus. In der Klinik besserte sich der Zustand allmählich; zum Schluß brachte S. keine Wahnideen mehr vor und war auch besser gestimmt. Am 12. VII. wurde er probeweise nach Hause entlassen.

Schon am 23. XII. mußte er wieder aufgenommen werden. Er hatte sich gleich nach seiner Entlassung zu seinem Bruder begeben, nicht zu seiner Frau, da er nichts mit der „Giftmischerin" zu tun haben wollte. Doch entschloß er sich später wieder zu ihr zu ziehen. Die Verfolgungsideen verließen ihn aber nicht; in der letzten Zeit richteten sie sich vor allem wieder gegen seine Frau und gegen Schutzleute. S. gab an, er wolle sich von dem ersten Gelde, welches er bekomme, einen Revolver kaufen, um seine Verfolger niederzuschießen. Am Tage vor der zweiten Aufnahme in die Klinik bedrohte S. seine Frau und Kinder mit Halsabschneiden, so daß die Polizeiverwaltung sich auf Antrag des Kreisgesundheitsamtes veranlaßt sah, S. die Nacht über durch einen Schutzmann unauffällig überwachen zu lassen.

In der Klinik hielt er sich im allgemeinen ruhig, nur einmal hatte er einen Erregungszustand, weil er nicht entlassen würde. Zeitweise äußerte er dieselben Wahnideen wie draußen. Einen Tag lang verweigerte er die Nahrungsaufnahme, weil er glaubte, das Essen sei vergiftet. Am 4. II. 1901 wurde er in eine städtische Irrenanstalt überführt. Später wurde er im Armenhause untergebracht. Dort war er leicht erregt, besonders wenn ein äußerer Anlaß vorlag, im übrigen hielt er sich an die Hausordnung. Wahnideen wurden nicht mehr beobachtet.

Fall 68. L. T., Landwirt, geb. 20. XII. 58, aufg. I.: 25. IV. 10, II.: 26. VIII. 11. Vater trank. T. hat früher schon getrunken, in den letzten Jahren besonders viel. War fast täglich betrunken. Auf Antrag des Kreisamtes wurde er am 25. IV. 10 in die Klinik aufgenommen. Nach dem ärztlichen Zeugnis äußerte er Eifersuchtsideen gegen seine Frau und Verfolgungsideen. Die Frau erzählte dem Abteilungsarzte, ihr Mann habe sie und die Tochter schon mit Erschießen bedroht. Eine Anfrage bei der Bürgermeisterei ergab, daß T. sich oft ganz ungebührlich benehme, schon geäußert habe, er werde das Dorf an allen vier Ecken anzünden, seine Frau und sein Kind totmachen. Diese Angaben wurden durch mehrere vernommene Zeugen bestätigt. Am 19. VI. erklärte sich die Klinik auf Bitten der Frau bereit, T. probeweise zu entlassen, da er sich gut gehalten und fleißig mitgearbeitet hatte; die Entlassung erfolgte am 8. VII. 11. Aber schon am 26. X. 11 wurde T. auf Veranlassung des Kreisamtes wieder gebracht. Im ärztlichen Zeugnis heißt es: daß T. mit einem Gewehr die belebte Dorfstraße hinaufgeschossen und einen Nachbar tätlich angegriffen habe. Die auf unser Ersuchen erfolgte protokollarische Zeugenvernehmung ergab, daß T. einen anderen Landwirt, der auf dem Felde arbeitete, ohne Grund mit der Peitsche und dann mit dem Peitschenstiel über den Kopf geschlagen und endlich, als dieser zu seiner Verteidigung einen Dunghaken ergriff, mit Steinen nach ihm geworfen hatte. Auch die Ehefrau wurde vernommen; sie sagte aus, ihr Mann habe sich nur 4 Tage nach der Entlassung aus der Klinik gut gehalten: dann habe er noch schlimmer wie vorher getrunken. Er habe sie und die Tochter geschlagen und getreten. In dem Beischreiben der Bürgermeisterei zu den Protokollen heißt es: „Die ganze Gemeinde, besonders die Nachbaren, waren über das Betragen des T. stets in größter Aufregung, indem sie befürchteten, T. würde irgend einen Mord begehen oder Brand stiften." Sie hält es für rätlich, wenn T. in eine Anstalt untergebracht wird, wo er streng überwacht werden kann, „indem derselbe hier als ganz gemeingefährlich betrachtet wird". Schon am 20. VI. war die Entmündigung wegen Trunksucht erfolgt. Hier hielt T. sich wieder gut und geordnet. Am 10. I. 12 wurde er in eine Irrenanstalt überführt; von dort aus betrieb er immer wieder seine Entlassung, die aber zunächst vom Vormunde und Kreisamte abgelehnt wurde. Erst am 28. I. 13, nachdem er sich längere Zeit bei freiem Ausgange gut gehalten hatte, wurde er probeweise zu seinem Bruder entlassen, der dafür zu sorgen versprach, daß er keinen Alkohol bekomme.

Fall 69. X. T., Arbeiter, geb. 18. XI. 45, aufg. 16. IV. 02. Vater soll getrunken haben. T. lebte vom 15. bis etwa 44. Lebensjahre in Paris als Straßenkehrer, trank stark, verfolgte schon seine erste Frau mit Eifersuchtsideen und jetzt — seit der Eheschließung — auch die zweite. Glaubte von jeher, seine Frau habe Verkehr mit anderen Männern. Be-

drohte seine Frau schon oft mit Erstechen, verwundete sie vor zwei Jahren durch Werfen einer Tasse an der rechten Hand und ein anderes Mal auf die gleiche Weise am rechten Auge. Am 6. III. 02 erschien die Ehefrau auf der Bürgermeisterei und erklärte, ihr Mann trinke wieder besonders stark, er mißhandle sie und die Kinder; sie bitte um Unterstützung und Bestrafung des Mannes. Am 26. III. 02 ging sie wieder hin und gab an, ihr Mann mißhandle die Kinder, ihr habe er schon mehrmals gedroht, er werde ihr das Messer ins Herz stoßen, dabei habe er mit dem Messer in der Luft herumgefuchtelt; sie fürchte, ihr Mann werde seine Drohungen noch einmal ausführen. Ein Nachbar sagte aus, er höre fast jeden Abend den Skandal, T. schimpfe die Frau alte Sau und Hure, er werde sie noch ums Leben bringen und dergleichen; er sei ein sehr gewalttätiger Mensch, und es sei ihm zuzutrauen, daß er seinen Drohungen die Tat folgen lasse. Vor zwei Jahren sei er der Frau zu Hilfe gekommen, als T. mit der Axt auf sie losgegangen sei; T. habe dann ihm die Axt nachgeworfen und ihn am Bein getroffen. T. wurde nunmehr auf Antrag der Bürgermeisterei am 16. IV. 02 in die Klinik aufgenommen. In dem vom Kreisarzt ausgefertigten Fragebogen heißt es: „Am 14. IV. 02 traf der Unterzeichnete den T. in seiner Wohnung; er roch stark nach Schnaps und war angetrunken. Er schimpfte in folgender Weise über seine anwesende Frau: „Das Saumensch, in der B.-straße hat sie einen und in der M.-gasse . . . .“ Auf die Frage, warum er seine Frau schon mit Erstechen bedroht habe, sucht er nach Messern und schreit: „Die Messer können sie alle mitnehmen, für die nehme ich kein Messer. Da genügt ein Hammerschlag. Die muß noch sterben, und ich auch . . .“

Nachdem T. sich bis zum 2. VII. in der Klinik gut gehalten und fleißig mitgearbeitet hatte, wurde bei der Bürgermeisterei angefragt, ob es nicht möglich sei, ihm ein Unterkommen außerhalb der Familie zu verschaffen, weil die Rückkehr in die alten Verhältnisse leicht für T. ungünstig ausfallen dürfte, da seine Wahnideen sich gerade gegen seine Frau richteten. Die Antwort lautete, daß es zunächst nicht möglich sei, auf diese Weise für T. zu sorgen; „wenn wir es auch für erstrebenswert halten müssen, daß T. getrennt von seiner Frau lebt, so müssen wir andererseits abwarten, ob nicht die durch den Aufenthalt in Ihrer Anstalt gezeitigten Resultate denselben befähigen, durch nüchternen Lebenswandel und ausreichende Arbeitstätigkeit selbst für Wohnung und Unterhalt zu sorgen“. Auf dieses Schreiben hin wurde T. am 19. VII. 02 entlassen. Es war nicht möglich, katamnestisch über T. etwas zu erfahren.

Leider konnte in Fall 64—69 jetzt nichts mehr über die Kranken in Erfahrung gebracht werden. Man darf aber wohl annehmen, daß in Fall 65—68 die Besserung angehalten hat, vielleicht auch im letzten. In Fall 65 und 66 sind die die Erkrankung auslösenden Momente fortgefallen, in Fall 67 wissen wir, daß S. sich wenigstens eine Zeitlang gut gehalten hat und in Fall 68 wurde für die nötige Aufsicht gesorgt. J. in Fall 65 wurde für einen gemeingefährlichen Geisteskranken erklärt wegen seines Verhaltens in der Strafanstalt; ob er zu einem gemeingefährlichen Verbrecher geworden ist, wissen wir nicht; die Möglichkeit ist nicht auszuschließen, wenn man sich das Vorleben ansieht. Andrerseits ist zu bedenken, daß J. durch Übernahme des väterlichen Geschäfts in günstige Verhältnisse kam. In Fall 66 war es zu einer Gerichtsverhandlung gekommen, da die Angehörigen an die Geistesstörung anscheinend nicht recht glauben wollten.

Zum Schluß dieses Abschnittes bringe ich noch einige Krankengeschichten von Depressiven.

Fall 70. K. C., Kaufmannsfrau, geb. 30. I. 62, aufg. I.: 9. VI. 02, II.: 29. I. 03. Keine erbliche Belastung. 4 Kinder, davon starben 2. C. war als Kind still, lernte gut. Hatte in den letzten Jahren viele Beschwerden von seiten der Genitalorgane. Seit dem 2. VI. 02 ist C. ängstlich, unruhig, konnte nicht mehr arbeiten und hatte Selbstmordgedanken. Dabei trat auch die Vorstellung in ihr auf, sie müsse vorher ihre Kinder umbringen. Sie fürchtete sich vor sich selbst und für ihre Kinder; sie verlangte daher selbst in eine Anstalt und wurde am 9. VI. 02 mit einem ausführlichen kreisärztlichen Zeugnis in die Klinik aufgenommen. Sie wurde nur langsam ruhiger und freier. Am 16. VII. wurde C. häuslicher Verhältnisse halber entlassen, obwohl sie, wie sie selbst sagte, lieber noch hier geblieben wäre;

sie gab an, keine Selbstmordgedanken mehr zu haben; es war jedoch fraglich, ob sie nicht dissimuliere. Die Verstimmungen traten zur Zeit der Menses besonders stark auf. Am 29. I. 03 kam C. wieder in die Klinik, um sich von hier aus durch einen Gynäkologen behandeln zu lassen. Die operativen Eingriffe gingen gut von statten, es trat aber kurz nachher wieder eine Verstimmung mit Suicidtendenz auf. Am 5. VI. war sie so weit, daß sie einige Tage zu Hause verbringen zu können glaubte. Als sie wiederkam, gab sie zu, sich noch nicht so sicher zu fühlen, um dauernd ohne Aufsicht zu Hause leben zu können. Nach einigen Schwankungen hielt die Besserung anfang 1904 längere Zeit an, so daß am 15. IV. 1904 der Versuch, C. zu entlassen, gemacht werden konnte. Sie ist jetzt ganz gesund, wie uns die Bürgermeisterei mitteilte.

Fall 71. B. S., Glasbläsersfrau, geb. 17. II. 77, aufg. 20. VII. 03. Angeblich keine erbliche Belastung; S. hat 4 mal geboren; nach jeder Geburt etwas erschöpft und gedrückt. Letzte Geburt vor 18 Tagen, daraufhin sehr deprimiert und lebensüberdrüssig. Hat zum Manne gesagt: „Ich bringe mich noch um, und nehme die Kinder mit". Versuchte ein Mittel zum Einreiben innerlich zu nehmen. Wurde in der Nacht vom 19. auf 20. VII. 03 vom Manne ertappt, wie sie auf den Speicher schlich; sie gab an, sie habe von dort herunterspringen wollen. Wurde am folgenden Tage sofort in die Klinik gebracht und auf Antrag des Mannes aufgenommen; ein kreisärztliches Zeugnis wurde nachträglich eingeholt. Schon am 9. VIII., nachdem eine leichte Besserung eingetreten war, holte der Mann sie gegen Revers ab. Katamnestisch konnte nichts ermittelt werden.

Fall 72. K. J., Metzgersfrau, geb. 3. I. 70, aufg. 12. VI. 07. J. lernte schwer; war schwächlich. 1893 Heirat. 3 Geburten, 1 Abort, 2 Kinder leben. 1905 Depression, die $^1/_4$ Jahr dauerte. Seit Anfang Oktober 06 von neuem deprimiert, Versündigungsideen, Selbstmordneigung; am 11. VI. 07. machte J. den Versuch, sich und ihr jüngstes Kind zu ertränken. Sie wurde daraufhin auf Antrag des Ehemanns in die Klinik aufgenommen. Schon am 19. VI. holte der Ehemann sie wieder ab, nachdem er unterschrieben hatte, daß er darauf aufmerksam gemacht worden sei, daß die Frau für sich und ihre Kinder noch gefährlich sei. J. ist jetzt wieder ganz gesund.

Fall 73. N. G., Schreinersfrau, geb. 12. III. 75, aufg. I.: 21. IX. 10, II.: 27. VIII. 13. Vater trank, nahm sich das Leben. Mutter starb an Tuberkulose. G. hatte als Kind vor dem Vater große Angst. Lernte anfangs gut in der Schule, später schlechter. 1905 Heirat. Konnte ihren Mann von Anfang an nicht leiden; sie trennten sich bald wieder. Ein Kind, gesund. G. war 1899 und 1901 in einer Irrenanstalt, wurde jedesmal geheilt entlassen. Seit Mitte 1910 hatte sie wieder traurige Gedanken und war lebensüberdrüssig; später gesellte sich die Idee dazu, sie müsse mit der Schere ihrem Kinde die Augen ausstechen. Am 8. IX. trank sie in selbstmörderischer Absicht Opium, infolgedessen wurde sie ins städtische Krankenhaus und von dort am 21. IX. in die Klinik gebracht. Im kreisärztlichen Zeugnis steht, die Aufnahme sei erforderlich zur Abwendung von Gefahr für G. selbst und für ihr Kind. Hier beruhigte sich G. allmählich; die Zwangsideen wichen, die Stimmung wurde heiterer. Am 12. II. 11 konnte G. genesen zu ihrem Bruder entlassen werden. Ende 1911 trat ein neuer Anfall auf, so daß die Überführung in eine Irrenanstalt erforderlich wurde; G. blieb dort einige Monate. Dann ging sie wieder in Stellung, mußte aber oft wechseln, da ihr alles zu schwer wurde. Mitte 1913 wurden die Beschwerden heftiger. G. entschloß sich daher am 27. VIII. 13 in die Klinik zu kommen, wo sie bis zum 27. XII. blieb. Bei der Entlassung war die Stimmung noch schwankend. Die Bürgermeisterei teilte uns jetzt mit, daß G. bei ihrem Bruder wohne und leichte Arbeit verrichte; da sie sehr erregbar sei, dürfte sie wohl in ihr Leiden wieder zurückfallen.

Fall 74. W. S., Schuhmacher, geb. 25. III. 74, aufg. 29. IV. 07. S. hörte 1905 zu arbeiten auf, nachdem vorher nichts Auffallendes an ihm beobachtet worden war. Er klagte über Müdigkeit und äußerte Selbstmordideen. $^1/_4$ Jahr später verschwand er plötzlich; erst nach zwei Wochen erfuhr die Familie seinen Aufenthaltsort. Er lehnte es ab, zu den Seinen zurückzukehren, ließ sie aber einige Monate später zu sich kommen. Er arbeitete kurze Zeit, hörte aber wegen Erschlaffung wieder auf und äußerte Verfolgungsideen. Einige Tage vor der Einlieferung in die Klinik forderte S. nachts seine Frau auf, sie solle ein Messer schleifen und den Kindern, ihm und sich den Hals abschneiden. Mehrfach schlug er der Frau vor, die Kinder umzubringen, damit sie nicht auch ins Unglück kämen. Drei Tage verweigerte er die Nahrungsaufnahme, um zu sterben. Auf Antrag

seiner Frau wurde er in die Klinik aufgenommen; den ärztlichen Fragebogen hatte der Kreisarzt ausgestellt und in ihm auf die Gemeingefährlichkeit hingewiesen.

Hier war er zeitweise erregt, sehr mißtrauisch, äußerte Verfolgungsideen. Er wurde am 27. VI. 07 in eine Irrenanstalt überführt, wo sich sein Befinden allmählich besserte. Am 1. V. 08 wurde auf die Anfrage des zuständigen Bezirksamtes noch geantwortet, daß S. gemeingefährlich sei; am 24. XI. 08 beantragte die Anstalt, da die Besserung angehalten und S. sich stets ruhig verhalten hatte, die versuchsweise Entlassung. Das Bezirksamt stimmte dem Antrage zu. Die Entlassung erfolgte am 6. XII. 08. Auf eine Anfrage bei der Heimatbehörde wurde uns mitgeteilt, daß S. ein stiller, fleißiger, brauchbarer Arbeiter ist.

Während bisher die Männer bei weitem mehr beteiligt waren, als die Frauen, liegt bei den Depressiven das Verhältnis gerade umgekehrt: unter 5 Fällen nur ein Mann. Die angedrohte Handlung ist typisch: Töten der Kinder, bei S. auch noch Tötung der Frau. Die Aufnahme erfolgte in Fall 70 rechtzeitig, in den übrigen Fällen hätte sie entschieden früher erfolgen sollen; in Fall 72 war es sogar zu einem Mord- und Selbstmordversuche gekommen. Prognostisch am ungünstigsten liegt Fall 73, da es sich nicht um ein reines manisch-depressives Irrensein handelt.

Im Anschluß hieran sei noch ein Fall mitgeteilt, bei dem es sich nur um Selbstmordgefahr handelte.

Fall 75. H. E., Gerber, geb. 3. IX. 39, aufg. 31. III. 97. Eltern starben früh, E. will in der Schule sehr gut gelernt haben. 1863 lernte er in Lyon eine Prostituierte kennen und heiratete sie; sie hatten zusammen ein Bordell. Nach 4 Jahren trennte er sich wegen fortwährende Zwistigkeiten von ihr. Da er sein Geld verloren hatte, ging er 1868 nach Amerika. Auf der Rückreise 1882 erlitt er Schiffbruch. Er blieb in Deutschland und hielt sich in verschiedenen Städten als Gerbergeselle auf. E. will nie mit dem Strafgesetze in Konflikt gekommen sein. Etwa 3 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik begann E. über Nervosität und Schlaflosigkeit zu klagen; Ende März kaufte er sich einen Revolver, um sich zu erschießen. Das Leben sei ihm schal und öde, es bliebe ihm gar nichts mehr, er wolle sich Ruhe verschaffen. Auf Zureden des Arztes gab er den Revolver ab mit den Worten, Zweck habe es zwar nicht, denn er werde sich später doch erschießen. Das ärztliche Zeugnis, welches E. mitbrachte, wurde für ungenügend erachtet, da er nicht freiwillig, wie der Arzt anzunehmen schien, sondern auf Antrag der Bürgermeisterei in die Klinik aufgenommen wurde. Es wurde daher nachträglich noch ein kreisärztliches Zeugnis eingeholt. In der Klinik erzählte E. von einer merkwürdigen Liebesgeschichte: Man habe ihn auf ein Mädchen mit einem unehelichen Kinde und 50 000 Mark Vermögen aufmerksam gemacht, welches ihn heiraten wolle. Es hätten Frauen von ihm als zukünftigem Manne des Mädchens gesprochen; an seiner Wohnung seien Liebeslieder gesungen worden, die er auf sich hätte beziehen müssen. Man habe ihn auf seine Ehrlichkeit geprüft und sich über sein Vorleben erkundigt. Selbstmordgedanken will E. nicht gehabt haben; das sei nur Scherz gewesen. Er hielt sich während des Aufenthaltes in der Klinik ruhig, war nur mißtrauisch und verlangte andauernd seine Entlassung, wenn auch in bescheidenem Tone. Glaubte zum Schlusse, der Aufenthalt in der Klinik sei von den Angehörigen des Mädchens veranlaßt worden, damit festgestellt werde, ob er geistig gesund sei. Die Entlassung erfolgte am 6. V. Die Gemeingefährlichkeit wurde nicht für erwiesen erachtet. Am 12. V. stand in der Zeitung, daß sich E. in M. erschossen habe.

3. Kapitel.

Gemeingefährlichkeit infolge von Dämmerzuständen und plötzlich auftretenden Erregungszuständen.

Fall 76. N. T., Installateursfrau, geb. 8. VIII. 78, aufg. 24. IV. 13. Vorleben unbekannt; 1907 Heirat. Keine Kinder. Seit 1912 etwa alle zwei Monate Bewußtseinsstörungen; griff in solchen Zuständen den Mann an und würgte ihn. Keine Krampfanfälle. Am 24. IV. 13 am Mittag steckte T. ihre Wohnung in Brand, griff 4 Personen mit einem

Messer an und verwundete sie. In dem Polizeiberichte heißt es, T. habe im Dachstock Feuer angelegt, sei dann heruntergegangen zu dem Besitzer des Hauses, habe dessen Frau freundlich begrüßt und hierauf plötzlich, ohne etwas verlauten zu lassen, den Mann, der am Tische saß, gefaßt und versucht ihm mit einem Rasiermesser, welches sie bei sich hatte, die Kehle durchzuschneiden. Als die Frau herbeieilte, stürzte sich T. auf diese und verletzte sie schwer; dabei stieß sie die Worte aus: „Ihr zwei müßt heut sterben". Durch Pochen an der Türe, die sie vorher verriegelt hatte, wurde sie abgelenkt. Sie öffnete, lief heraus und schrie: „Hilfe, Hilfe, es brennt, es brennt". Dann stürzte sie weiter zu einer Droschke, ließ sich von dieser zu Bekannten fahren. Dort ging sie lautlos in die Küche, ergriff zwei Messer und stach damit die Köchin. Als das Zimmermädchen kam, lief sie fort, stürzte auf die Hausfrau, die vor der Türe stand, erfaßte sie bei den Haaren, drückte sie zu Boden und versetzte ihr mehrere Stiche. Erst dann gelang es, die Rasende festzunehmen. Über T. selbst berichtete die Polizei, sie sei eine kluge Frau; sie wisse alle Einzelheiten von der Tat und nach der Festnahme. Nur an die Tat selbst wolle sie sich nicht mehr erinnern. Beim Verhör habe sie vollkommen klare Antworten gegeben. Es sei anzunehmen, daß die Frau die Tat aus Rache begangen habe. Mehrmals habe sie durchblicken lassen, daß sie gegen die drei verletzten Frauen Antipathien habe und diese schuld daran seien, daß ihnen die Wohnung gekündigt worden sei. Am selben Tage wurde T. noch auf Antrag des Mannes in die Klinik gebracht. Hier verhielt sie sich ruhig und geordnet; zeitweise war sie gereizt und streitsüchtig. Von ihrer Tat wollte sie gar nichts wissen, nur das, was ihr mitgeteilt worden sei. Am 30. VII. 13 erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt, wo sie sich im allgemeinen gut hält; zeitweise droht sie mit Selbstmord.

Fall 77. X. T., geb. 15. VI. 77, aufg. 22. IV. 07. Eine Tante war Alkoholistin. T. hatte als Kind Veitstanz. Nach der Schulentlassung wurde er Bierbrauer und trank viel. Erste Anfälle 1899, mehrfache gehäufte Anfälle. Bald nach Beginn der Erkrankung wurde T. reizbar, leicht aufgeregt, gleichgültig; das Gedächtnis wurde schwächer. Mehrfach traten nach den Anfällen Verwirrtheitszustände auf. Kurz vor der Aufnahme in die Klinik, die am 22. IV. 07 auf Antrag des Vaters erfolgte, war T. im Hemd auf die Straße gelaufen. Im ärztlichen Zeugnis heißt es: „Da Gefahr der Selbstverletzung sowie Verletzung Anderer während des Dämmerzustandes vorliegt, beantrage ich sofortige Aufnahme in eine geschlossene Anstalt". Hier wurde T. bald freier; an das, was im Dämmerzustande vorgegangen war, hatte er keine Erinnerung. Es stellte sich heraus, daß er schon ziemlich schwachsinnig war; Entlassungswünsche brachte er nicht vor. Am 9. VIII. 07 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er am 19. VIII. 11 starb. Anfangs war er zeitweise noch erregt, wurde nach und nach immer schwerfälliger und dementer; hatte fast täglich Anfälle.

Fall 78. Q. N., Schlosser, geb. 1. IV. 87, aufg. 14. VI. 07. Im 9. Lebensjahre Fall auf den Kopf; war lange bewußtlos, Schädelimpression. Lief etwa am 12. V. 07 von Hause fort, wurde am 15. V. in das städtische Krankenhaus D. polizeilich eingewiesen, da er sich auf der Straße ausziehen wollte. Er war zunächst gänzlich unorientiert und verhielt sich ablehnend. Nach 2—3 Tagen klar. Entlassung am 12. VI. 07. Am 13. VI. wurde er in G. von der Polizei aufgegriffen und verhaftet, weil er einen vorübergehenden Mann mit einem Messer bedrohte und von Halsabschneiden sprach. Er wurde als gemeingefährlicher Geisteskranker der Klinik zugeführt und auf Grund eines kreisärztlichen Zeugnisses aufgenommen. Hier war er anfangs sehr erregt und aggressiv; erst Ende des Monats wurde er ruhiger und klarer. An der Stirn konnte eine deutliche Delle des Schädels festgestellt werden. Am 7. VII. 07 wurde er vom Vater gegen Revers abgeholt. Auf eine Anfrage bei der Heimatbehörde wurde uns mitgeteilt, daß N. verheiratet sei, 3 Kinder habe und fleißig arbeite; er sei immer etwas leicht erregbar.

Fall 79. H. N., Weißbinder, geb. 1. X. 76, aufg. I.: 21. VII. 99, II.: 27. XI. 01, III.: 2. XI. 02, IV.: 4. III. 06, V.: 6. V. 06, VI.: 1. X. 10. N. litt seit seinem 12. Lebensjahre an epileptischen Anfällen. War 1896 7 Monate in einer Privatanstalt. Die erste Aufnahme in die Klinik war durch die Anfälle veranlaßt, die zweite durch einen Dämmerzustand, in dem N. so erregt wurde, daß er zu Hause nicht gehalten werden konnte. Die Erregung ließ in der Klinik langsam nach, so daß die Entlassung am 14. XII. 01 vorgenommen werden konnte. 14 Tage vor der dritten Aufnahme redete N. irre und wollte immer fort, wurde aber zunächst nicht aggressiv; erst in den allerletzten Tagen setzte er allen Anordnungen der Eltern Widerstand entgegen, schimpfte viel und drohte. Da er in der Klinik ruhig und geordnet war, wurde er am 15. XI. von den Eltern abgeholt. Die 4. Aufnahme

erfolgte erst am 4. III. 06. Einen schweren Dämmerzustand hatte er im Dezember 1905 durchgemacht; er tobte und war gewalttätig gegen seine Umgebung; er beschuldigte seine Angehörigen, sie seien gegen ihn und wollten ihn vergiften. Trotzdem erklärte die Bürgermeisterei — ebenso wie bei den vorhergehenden Aufnahmen —, N. sei nicht gemeingefährlich. Im März 1906 äußerte er mehrfach Selbstmordabsichten. In der Klinik hatte er einen Dämmerzustand; am 2. V. wurde er versuchsweise entlassen, am 6. V. aber wegen gehäufter Anfälle schon wieder aufgenommen und, nachdem er noch mehrere kurze Dämmerzustände durchgemacht hatte, am 29. VI. 06 in eine Landesanstalt überführt. Er blieb dort bis etwa Mitte 1908 und war dann zu Hause; in der letzten Zeit litt er vorwiegend unter Angstzuständen. Ein sehr schwerer Erregungszustand trat Ende September 1910 auf; mehrfach wurde er gegen den Vater tätlich, biß ihn in die Hand, warf einen Arbeiter, der dem Vater zu Hilfe kam, zu Boden und trat nach ihm. Bei der Aufnahme war N. sehr erregt und stieß fortwährend Drohungen aus. Am 20. X. wurde er in eine Epileptikeranstalt überführt.

Fall 80. H. T., Maler, geb. 4. III. 81, aufg. 9. VIII. 07. Mutter nervös, T. war stets fleißig, diente von 1903—1905 als Militärkrankenwärter; wurde mehrmals wegen Urlaubsüberschreitungen bestraft. T. behauptete, periodisch den Drang zum Fortgehen zu fühlen; gewöhnlich habe er dann mehr getrunken. 1904 Anklage, weil er sich mittags vorübergehenden Frauen nackt gezeigt habe; er wurde wegen mangelnder Beweise freigesprochen. Gleiche Anklagen 1905 und 06; auch diese beiden Male Freispruch wegen mangelnder Beweise. Am 17. VI. 07 hatte T. einem Mädchen unter die Röcke gegriffen, vor einem anderen exhibitioniert. In dem Gerichtsurteile heißt es, daß es zwar nicht feststehe, daß T. sich zur Zeit der Straftaten in einem Zustande befunden habe, wie ihn § 51 St.G.B. fordere, doch bestünden zum mindesten starke Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit. Es erfolgte daher Freispruch. Die Staatsanwaltschaft meldete T. beim Kreisamte an; denn er ist „gemeingefährlich und seine dauernde Unterbringung in eine Irrenanstalt ist im Interesse der Allgemeinheit dringend geboten." T. wurde infolgedessen auf Antrag des Kreisamtes am 9. VIII. 07 in die Klinik aufgenommen; aber schon am 13. IX. beantragte die Direktion der Klinik die Entlassung, da T. nur vorübergehend geistesgestört und gemeingefährlich sei. Am 3. X. erklärte sich das Kreisamt mit der Entlassung einverstanden; sie erfolgte sofort. Während des Klinikaufenthalts hatte T. keine Symptome von Epilepsie oder anderen geistigen Störungen gezeigt. Eine Anfrage bei der Heimatbehörde ergab, daß T. ein tüchtiger und brauchbarer Arbeiter ist, und nichts Nachteiliges über ihn bekannt ist.

Fall 81. X. U., Taglöhner, geb. 20. V. 68, aufg. 4. IX. 13. Über erbliche Belastung und Vorleben ist nichts bekannt. U. war zweimal verheiratet, aus der 2. Ehe stammen 2, aus der ersten kein Kind. Nach Aussage der Ehefrau und des Arbeitgebers hatte U. ein schlechtes Gedächtnis, er war aber willig, pünktlich und fleißig. Alkohol soll er schlecht vertragen haben. An mehreren Sonntagen im Sommer 1913 zeigte er in der Nähe eines Platzes Frauen und Kindern sein Glied. Er wurde zur Beobachtung des Geisteszustandes der Klinik überwiesen. Hier wurde festgestellt, daß U. an angeborenem Schwachsinn mäßigen Grades leidet und alkoholintolerant ist. Da nach den Akten angenommen werden mußte, daß die Handlungen nach dem Genuß alkoholischer Getränke vorgenommen wurden, wurden im Gutachten die Bedingungen des § 51 St.G.B. für gegeben erachtet. Über die im Verfahren gestellten Fragen hinaus wurde im Gutachten empfohlen, falls U. freigesprochen werde, das Gutachten dem zuständigen Kreisamte zur Kenntnis zu bringen, damit dieses die Abgabe alkoholischer Getränke an U. verbiete. U. wurde am 17. X. 13 auf Veranlassung des Gerichts abgeholt.

Bei plötzlich auftretenden Erregungszuständen über die Rechtzeitigkeit der Aufnahme zu urteilen, ist sehr schwer. Gerade in Fall 76 ist die Frage von besonderem Interesse. Nehmen wir an, wir wüßten nur das Vorleben der T. bis zum 23. IV. 13, so ergibt sich daraus, daß die T. im letzten Jahre mehrfach Bewußtseinsstörungen hatte und in diesen ihren Mann würgte. Die Angriffe richteten sich also nur gegen den eigenen Mann und wir dürfen wohl annehmen, daß dieser sie leicht abwehren konnte. Ich glaube, daß in solchen Fällen Psychiater und Verwaltungsbehörde dem Manne anheimstellen würden, ob er seine Frau in eine Anstalt unterbringen wolle oder nicht.

In Fall 77 genügte dem Arzte, welcher das Zeugnis ausstellte, daß T. in einem Dämmerzustande auf die Straße gelaufen war, um zu bescheinigen, daß er für sich und andere gefährlich werden könne. Ganz ähnlich verhielt sich N. in einem Dämmerzustande; er wurde aber nur in einem Krankenhause behandelt. Am Tage nach der Entlassung bekam er wieder einen Dämmerzustand und bedrohte in diesem seine Umgebung mit dem Messer. Trotzdem wir letzteres wissen, dürfen wir nicht behaupten, N. hätte sofort dauernd interniert werden müssen, wie T. Bei diesem lagen noch andere Erscheinungen vor, wie Gleichgültigkeit, Gedächtnisschwäche, Reizbarkeit in den anfallsfreien Zeiten, welche die Internierung erforderlich machten. Tatsächlich hat uns die Zukunft belehrt, daß bei T. die Unterbringung in eine Anstalt angebracht war, N. dagegen gut draußen leben kann. In Fall 79 hätte meines Erachtens nach der 4. Aufnahme keine Entlassung mehr stattfinden dürfen.

Bei leichten Verstößen gegen die Sittlichkeit, besonders bei Neigung zum Exhibitionieren, kann man natürlich den Täter nicht gleich dauernd als gemeingefährlichen Geisteskranken internieren. Wir sehen ja auch in Fall 80, daß es durchaus nicht nötig ist, daß die Delikte immer wieder begangen werden müssen. Man muß eventuell Mittel anwenden, welche nicht so intensiv in das Leben des Individuums eingreifen, und doch die Begehung neuer Delikte verhindern. So wurde in Fall 81 das Wirtshausverbot vorgeschlagen.

Fall 82. Q. T., Arbeiter, geb. 13. I. 85, aufg. 4. VI. 12. Eltern und auch andere Familienangehörige mehrfach bestraft. Der Vater nahm den Jungen mit in Wirtschaften und zechte mit ihm über die Polizeistunde hinaus; er unterstützte auch die schlechten Streiche des Kindes. T. benahm sich Tieren gegenüber äußerst roh, Mädchen griff er unter die Röcke, warf Fensterscheiben ein, beschädigte Grabmäler und stahl. Von Mai 97 bis Pfingsten 01 war er in einem Rettungshause untergebracht. Er hielt sich dort anscheinend leidlich und lernte gut. Dann wurde er trotz väterlichen Einspruchs bei einem Landwirte untergebracht; er arbeitete ordentlich; nur wenn der Vater kam, erlaubte er sich Ungehörigkeiten; sogar Briefe des Vaters übten einen schlechten Einfluß aus. So verweigerte T. im Anschlusse an einen derartigen Besuch seinem Dienstherrn den Gehorsam, worauf dieser ihn züchtigte. T. lief dann fort. Er war kurze Zeit zu Hause und wurde 1905 zum Militär eingestellt. Seine dienstlichen Leistungen waren gut; nur war er mehrfach ungehorsam ohne ersichtlichen Grund. Außerdienstlich trank er oft, wenn auch nicht viel, und war dann sehr reizbar, hatte nicht selten Streit mit Kameraden. Als er einmal zu spät in die Kaserne kam, schlug er dem Trompeter, der gerade das Signal blasen wollte, gegen die Trompete, daß ihm einige Zähne abbrachen. 1908 wurde T. vom Militär entlassen. Dann war er in verschiedenen Stellungen, wohnte aber gewöhnlich bei seinen Eltern. Am 25. I. 12 stach er nach einem Bekannten, mit dem er wegen eines Mädchens Streit hatte, mit einem Messer; als ein Schutzmann hinzukam, soll er auch diesen bedroht haben. Der Schutzmann selbst hatte dies nicht bemerkt; er gab nur an, man habe ihm zugerufen: „Schutzmann, der sticht sie". Daraufhin habe er einen Sprung gemacht. Auch früher soll T. schon Drohungen gegen Schutzleute ausgestoßen haben; so äußerte er einem Bäcker gegenüber, er würde den Schutzmann Nr. 11 bei der nächsten Gelegenheit totschießen. Tatsächlich trage er stets einen Revolver bei sich. — T. wurde nunmehr vom Kreisarzte untersucht, der an die Bürgermeisterei berichtete: „daß der Vorgang am 25. I. 12 nicht genügend geklärt ist. Es fehlen die Zeugenaussagen; der Schutzmann hat den Vorfall nicht selbst beobachtet, es ist ihm nur von Publikum zugerufen worden, daß T. stechen wolle. Es würde zu recht bedenklichen Folgen führen, wenn T. auf Grund dieses nicht recht geklärten Vorganges in die Irrenanstalt überführt würde und wenn seine Angehörigen dagegen protestieren wollen. Nach unserer Ansicht muß der Fall zunächst gerichtlich geklärt werden, auch in der Hinsicht, ob dem T. eventuell der Schutz des § 51 von neuem zugesprochen wird, und kann erst dann die Frage, ob Anstaltsaufnahme wegen gemeingefährlicher Geisteskrankheit nötig ist, entschieden werden. T. bestreitet, ein Messer gehabt zu haben und will das durch Zeugen

beweisen; er könne also gar kein Messer gezogen haben". T. wurde, da das Gegenteil nicht bewiesen werden konnte, in Freiheit belassen.

Schon am 2. VI. 12 bedrohte T. seine Hausbewohner, als der hinzugerufene Schutzmann kam, stand T. mit einem großen Holzscheit auf der Treppe und rief ihm zu: „Der erste der heraufkommt, ist mein". Erst als der Schutzmann blank zog, ging er in seine Wohnung zurück. Die Verhaftung konnte aber erst nach dem Eintreffen von zwei anderen Schutzleuten erfolgen, da die Angehörigen des T. gegen den Schutzmann Partei ergriffen. Weiter berichtete der Schutzmann: „Nach den von T. in letzter Zeit hervorgerufenen Auftritten mit der Polizei, wobei er sich immer drohender Äußerungen, wie Halsabschneiden und dergleichen mehr bedient hat, ist anzunehmen, daß er auch einmal im günstigen Moment seine drohenden Äußerungen in Wirklichkeit ausführt. . . . . Bei dem gestrigen Vorfall bediente er sich der Äußerung: „Laßt mich nur draußen sein; dann werde ich mich schon rächen". Die daraufhin erfolgte Untersuchung durch den Kreisarzt ergab, daß es sich bei T. um einen Schwachsinnigen mit Erregungszuständen, vielleicht epileptischer Art, handelt; in der gutachtlichen Äußerung heißt es zum Schlusse: „Es wäre am besten, ihn einige Zeit in einer Nervenklinik unterzubringen; er ist auch mit der Verbringung in eine solche Anstalt einverstanden. Für die Vorgänge des gestrigen Tages kann er wohl nicht verantwortlich gemacht werden". Am 4. VI. 12 erfolgte die Aufnahme in die Klinik auf Antrag der Bürgermeisterei, aber ohne Hinweis auf die Gemeingefährlichkeit. Das darauf von uns eingeforderte kreisärztliche Zeugnis lautete: „T. leidet an einer geistigen Störung, die zur Feststellung der Diagnose und besonders zur Klärung der Frage, ob eine Entmündigung notwendig ist, eine mehrwöchige Internierung in einer geschlossenen Anstalt notwendig macht". T. war hier zeitweise sehr gereizt, halsstarrig, unfügsam, unanständig, neckte und beschimpfte die anderen Kranken und drohte den Pflegern. Die Erinnerung an die einzelnen Delikte war angeblich nicht gut. Die Intelligenz war mäßig. Am 18. VI. fragte das zuständige Amtsgericht an, wann T. entlassen werde; wir teilten darauf mit, daß wir die Anstaltsbedürftigkeit durch den Kreisarzt hätten feststellen lassen und die Prüfung der Entmündigung am Platze sein dürfte, da, wenn er sich selbst überlassen würde, bald wieder mit Unzuträglichkeiten und unter Umständen auch mit Gewalttaten gerechnet werden müsse. Da wir auf die Zuschrift ohne Antwort blieben, fragten wir am 1. VII. bei dem Amtsgericht an, ob die zuständige Stelle auf die Aufsichtsbedürftigkeit des T. aufmerksam gemacht, bzw. ob zu erwarten sei, daß ein Entmündigungsverfahren eingeleitet werde. Am 15. VII. 12 erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt. Auf das Schreiben vom 1. VII. erhielten wir am 19. VII. die Antwort, daß nach Mitteilung der Staatsanwaltschaft ein öffentliches Interesse zur Einleitung der Entmündigung nicht vorliege. Darauf erwiderten wir: „Wir betonen nochmals, daß unseres Erachtens für den Fall der Entlassung die Bestellung eines Vormundes sehr im öffentlichen Interesse sein dürfte". Den Vater als Vormund zu bestellen rieten wir ab. Außerdem teilten wir noch mit, daß T. von hier in eine Irrenanstalt überführt worden sei. In der Anstalt wurde T. beschäftigt, neigte zum Stehlen, war leicht unzufrieden, wurde von den Eltern aufgehetzt. Am 16. II. 13 wurde er mit Einwilligung des Kreisamtes von den Eltern abgeholt. Von der Bürgermeisterei erhielten wir die Nachricht, daß er sich nicht mehr in seiner Heimat befindet.

Fall 83. K. G., Eisendreher, geb. 3. V. 81, aufg. 26. V. 08. Keine erbliche Belastung. G. wurde mehrfach bestraft wegen Sachbeschädigung, Hausfriedensbruchs, Körperverletzung, Diebstahls, Betrugs und Unterschlagung. Die Bürgermeisterei bezeichnete ihn als Müßiggänger. Er gab selbst an, er müsse alle 4 Wochen trinken, was von anderen bestätigt wurde. In der Klinik, in die er freiwillig eintrat, hielt er sich gut; er wurde am 10. VI. 08 entlassen, nachdem ihm Arbeit verschafft worden war. Im Juli 1911 wurde G. wegen Mißhandlung und Freiheitsberaubung seiner Ehefrau, sowie wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt, Bedrohung und Beleidigung zu einem Jahr Gefängnis verurteilt, nachdem er in der Zwischenzeit im Arbeitshaus gewesen war. Er hatte, um sich Geld zum Vertrinken zu verschaffen, Haushaltungsgegenstände verpfänden wollen. Da seine Frau ihn daran hindern wollte, band er ihre Hände zusammen, ein Tuch vor den Mund und sperrte sie in eine Kammer. Einige Tage später schlug er aus dem gleichen Grunde seine Frau derart ins Gesicht, daß sie ohnmächtig wurde. Seiner Verhaftung widersetzte er sich energisch. Er wurde später noch mehrfach kriminell und verbüßt augenblicklich wieder eine Gefängnisstrafe; seine Frau ist inzwischen gestorben, seine Kinder, um die er sich nach wie vor in keiner Weise kümmert, sind in Familien untergebracht.

Fall 84. U. C., Taglöhner, geb. 26. III. 67, aufg. 7. IV. 02. Über Heredität nichts Zuverlässiges bekannt; Mutter des Vaters soll geisteskrank gewesen sein. Der Vater soll mit Tieren umhergezogen sein. C. war bis zum 2. Lebensjahre bei den Eltern, dann in einer Erziehungsanstalt bis zum 9. Lebensjahre, später wieder bei den Eltern. Aus den Akten ergab sich, daß C. schon als Kind nicht für geistig normal gehalten wurde. Er blieb in intellektueller und ethischer Beziehung zurück. Von 1882—85 wurde er 5 mal wegen kleiner Vergehen und Übertretungen, die wahrscheinlich aus Not begangen wurden, bestraft. In die Zeit von 1886—1890 fallen 5 Affektverbrechen, denen unzweifelhaft übermäßiger Alkoholgenuß vorangegangen war; aus harmlosen Anlässen bekam er Händel, den Worten folgten Tätlichkeiten; das Einschreiten der Polizei hatte Beschimpfungen und Bedrohungen zur Folge. 1895 wurde C. wegen Diebstahls zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Er wurde zur Außenarbeit verwendet und entwich. Bei der Wiederverhaftung geriet er in einen heftigen Erregungszustand; er lärmte, schlug um sich und demolierte seine Zelle. Daraufhin wurde er wegen Sachbeschädigung und Widerstands angeklagt, aber auf Grund des § 51 freigesprochen. 1899 bekam C. in angetrunkenem Zustande Händel mit Passanten; es kam zu einer Prügelei, bei der er einen Menschen verletzte; den hinzueilenden Schutzleuten setzte er, wie stets, erheblichen Widerstand entgegen. Er wurde zu 5 Monaten Gefängnis verurteilt. Am Schlusse der Gerichtsverhandlung bekam er einen Erregungszustand; er erholte sich im Krankenhause rasch und legte gegen das Urteil Berufung ein. Die zweite Instanz verurteilte ihn wegen Körperverletzung zu 2 Monaten Gefängnis, hielt aber die freie Willensbestimmung für ausgeschlossen bei den in der Erregung begangenen Straftaten: Widerstand und Beleidigung.

Schon 1889 war C. verheiratet und zwar mit einer angeblich anrüchigen Person, die sich der Prostitution zugeneigt haben soll und bei der C. die Rolle des Zuhälters spielte und Syphilis akquirierte. Sie starb 1900 an progressiver Paralyse. Nach ihrem Tode heiratete C. zum zweiten Male. Die Einweisung in die Klinik am 7. IV. 02 erfolgte, weil C. in der Untersuchungshaft, in der er wegen eines Meineidverfahrens gehalten wurde, ein eigentümlich albernes Wesen an den Tag legte. Auf Veranlassung der Klinik wurde die Frau und ein Arbeitgeber des C. gerichtlich vernommen. Die Frau schilderte ihn als einen zum Trunk neigenden, sehr leicht erreglichen Menschen, vor dessen Wutausbrüchen sie Angst empfunden habe. Bei jeder Gelegenheit sei er in Zorn geraten und habe gleich gedroht, er werde sie ins Wasser werfen oder ihr den Hals abschneiden. Sie habe ihn immer für geistig beschränkt gehalten. Der Arbeitgeber nannte ihn einen periodischen, dem Trunk ergebenen Arbeiter. Der A. . . er Gendarm gab an, er habe einmal Not gehabt, ihn sich vom Leibe zu halten. Aus einem geringfügigen Anlasse hieb er einmal auf einen Mitarbeiter ein. Ein Kaufmann von A. erklärte, aufgeregt sei er, soviel er wisse, immer gewesen.

Die Beobachtung in der Klinik ergab, daß C.'s Bildungsgrad auf einer äußerst niedrigen Stufe stand. Er bevorzugte den Verkehr mit Kranken, die wenig anziehende Eigenschaften besaßen. Erregungszustände, die sich gegen Mitkranke oder Pfleger richteten, wurden nicht beobachtet; wenn man dagegen mit ihm über seine Straftat sprach, wurde er zornig, behauptete, er sei nur ein einziges Mal bestraft worden, man wolle ihn ins Unglück stürzen, und drohte, er werde den, der ihn angezeigt habe, wenn er herauskomme, totschlagen. Einmal wurde die Erregung so stark, daß C. sich mit Fäusten ins Gesicht schlug und mit dem Kopfe gegen die Wand lief. Besonders heftig war eine Erregung bei einem Besuche seiner Frau; er drohte mit Tätlichkeiten, und man hatte Grund anzunehmen, daß er unter anderen Umständen die Drohungen ausführen würde. Bei der Abholung aus der Klinik gebärdete sich C. wie rasend, bis er einsah, daß dieses Verhalten nutzlos war. Bei den sehr starken Erregungszuständen konnte Fuß- und Knieklonus hervorgerufen werden. C. wurde für vermindert zurechnungsfähig erklärt. Er wurde am 17. V. 02 wieder der Polizeibehörde übergeben. Das Urteil lautete auf Freispruch.

Auf unsere Anfrage teilte uns die Bürgermeisterei mit, daß C. 1912 etwa 3 Wochen wegen geistiger Störung, die durch einen Anfall hervorgerufen worden war, in einem Krankenhause war. Jetzt klage er zeitweise über Kopfschmerzen; er arbeite nicht, führe aber eine geordnete Lebensweise.

Fall 85. Q. C., Schuhmacher, geb. 15. II. 69, aufg. I.: 16. VII. 07, II.: 27. XII. 07. C. ist unehelich geboren. Er will mit 20 Jahren zum ersten Male in einer Anstalt gewesen sein; dann folgte eine Aufnahme nach der anderen; jedesmal nach Alkoholexzessen; allein in der F....er städtischen Irrenanstalt war er 18 mal. Zwischendurch wurde er mehrfach

bestraft wegen Widerstands, Hausfriedensbruchs, Beleidigung, Sachbeschädigung, gefährlicher Körperverletzung, im ganzen 17 mal. In der Klinik wurde er auf Antrag des Kreisamtes aufgenommen; in dem vom Kreisarzte ausgestellten Fragebogen heißt es: „. . . . . er trinkt nicht viel; er ist sehr aufgeregt und läuft völlig nackt auf der Straße herum und bekommt Tobsuchtsanfälle. Er hat schon große Zerstörungen angerichtet." Auf die Frage, ob C. gemeingefährlich sei, wird geantwortet: „ja, für die Umgebung und für die Sittlichkeit". Hier war C. ruhig und geordnet, dabei aber leicht erregbar. Er wurde am 3. IX. entlassen und ihm geraten, einem Abstinenzverein beizutreten.

Schon am 27. XII. kam er völlig zerlumpt freiwillig wieder. Er blieb bis zum 5. II. 08 und wurde dann entlassen. Seit 1912 ist er verheiratet, ordentlich und soll geistig gesund sein, wie uns die Bürgermeisterei mitteilte.

Fall 86. K. Q., pens. Briefträger, geb. 6. VIII. 42, aufg. I.: 13. VII. 06, II.: 7. II. 09. Über erbliche Belastung nichts zu erfahren. Q. hatte acht Kinder, von diesen wurden zwei totgeboren, 2 andere starben. Er selbst war mehrere Jahre vor der ersten Aufnahme in einer Kaltwasserheilanstalt; trank gern. Am 13. VII. 06 wurde er auf Antrag der Bürgermeisterei in die Klinik aufgenommen; in dem Begleitschreiben heißt es, seit einigen Monaten sei er für die ganze Nachbarschaft eine Plage, jeden Vorübergehenden beschimpfe er in der gemeinsten Weise, besonders Frauen und Mädchen; einige habe er mit Bauchaufschlitzen und Totstechen bedroht. Verschiedene habe er mit Mistgabel und Sense verfolgt, so daß man ihn trotz seiner unscheinbaren Figur als gemeingefährlich bezeichnen müsse. Ein ärztliches Zeugnis war beigegeben. Hier war Q. anfangs noch sehr erregt, dann beruhigte er sich allmählich. Da er die in dem Schreiben der Bürgermeisterei gemachten Angaben bestritt, ersuchten wir um Zeugenvernehmung. Drei Zeugen erklärten, Q. habe mit einer Mistgabel nach ihnen gestochen und geworfen, ein anderer, Q. habe seine Frau mit einem Revolver bedroht, ein fünfter, Q. habe von seinem Speicher aus mit Backsteinen nach ihm geworfen. Nachdem Q. sich zwei Monate gut und geordnet verhalten hatte, wurde er am 30. IX. 06 als „sozial möglich und ruhig" probeweise nach Hause entlassen. Die vom Sohne beantragte Entmündigung wurde einstweilen nicht ausgesprochen, sondern eine Bewährungsfrist von drei Monaten angesetzt. — Tatsächlich hielt sich Q. nach Aussage des Sohnes bis Dezember 1908 gut; dann trat wieder ein Erregungszustand auf. Am 7. II. 09 wurde Q. wieder aufgenommen; den Antrag stellte die Bürgermeisterei; das ärztliche Zeugnis wurde nachträglich vom Kreisarzte ausgestellt. In der letzten Zeit hatte Q. wieder stark getrunken; nachts lief er umher, wusch sich nicht mehr, sang und schimpfte. Er wurde wegen Platzmangels am 23. III. 09 in eine Irrenanstalt überführt, aus der er am 11. XII. 09 von seinem Schwiegersohne abgeholt wurde; er wurde als geschäftsfähig bezeichnet. Am 29. III. 13 wurde Q. auf Antrag der Kinder wieder in die Irrenanstalt aufgenommen. Er war wieder erregt geworden und dabei unsolide; er gab seine ganze Pension für unnütze Sachen und im Wirtshause aus, unterhielt ein Liebesverhältnis mit einem 16jährigen, heruntergekommenen Mädchen und kümmerte sich um seinen Haushalt, den seine Töchter führten, nicht. In der Anstalt war er zuerst laut und gehobener Stimmung, schwätzte, sang und schimpfte durcheinander. Infolge einer körperlichen Erkrankung wurde er bald sehr schwach. Kurz vor seinem Tode, am 12. VII. 13, holten ihn die Angehörigen ab, um ihn zu Hause sterben zu lassen.

Fall 87. H. X., Gärtner, geb. 11. III. 75, aufg. 28. X. 97. X. hatte schon seit dem 16. Jahre anfallsweise auftretende Zustände, in denen er ohne Grund fortlief und strafbare Handlungen beging. Er trank in den letzten Jahren täglich, konnte aber den Alkohol schlecht vertragen. 1896 wurde er zum Militär eingezogen; schon nach 14 Tagen entfernte er sich ohne ersichtliche Ursache. Kurz darauf überfiel er ein Mädchen und tötete es während des Koitus durch zwei Stiche. Er kehrte in die Kaserne zurück und erhielt wegen unerlaubten Entfernens 5 Tage Arrest. Acht Tage später lief er wieder fort, angeblich, um nicht in der Kaserne verhaftet zu werden. Tatsächlich war auf ihn noch gar kein Verdacht gefallen. Über die Tat selbst gab er an, er habe erst beim Anblick des Mädchens die Lust zum Beischlaf verspürt, den ersten Schnitt habe er ausgeführt aus Zorn über die Unmöglichkeit des Beischlafs und, um ihn möglich zu machen. Warum er den zweiten Schnitt ausgeführt habe, konnte er nicht sagen.

Durch die Beobachtung in der Klinik wurde festgestellt, daß X. wahrscheinlich an epileptischen Zuständen leidet, die vor allem nach Alkoholgenuß, selbst sehr mäßigen Grades, auftreten. Er wurde für geisteskrank und hochgradig gemeingefährlich erklärt. Nach der

Freisprechung wurde er in eine Irrenanstalt überführt. Aus dieser Anstalt entwich er im Oktober 1898. Eine Zeitung schrieb darüber: „Unbegreiflich bleibt es, wie man einen solchen gefährlichen Burschen, an dessen von den Irrenärzten konstatierte Geisteskrankheit hier niemand glaubt, in der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt, deren Insassen doch eine ziemlich freie Bewegung gestattet ist, hatte unterbringen können."

Nach der Entweichung trieb sich X. jahrelang umher, bis er wieder ergriffen und einer Irrenanstalt wieder zugeführt wurde, wo er sich noch befindet. Die Aufnahme in die Anstalt erfolgte auf Grund des Art. 80 bay. Pol. St. G. B. In der letzten Zeit hielt X. sich gut und arbeitete gern.

Fall 88. F. J., Arbeiter, geb. 26. IV. 62, aufg. I.: 9. V. 08, II.: 7. IX. 08, III.: 8. I. 09, IV.: 22. V. 09, V.: 3. V. 10, VI.: 16. VI. 10. Über erbliche Belastung nichts zu erfahren. J. soll nach Angaben der Ehefrau, die ihn schon seit 1883 kennt, alle 3 bis 4 Wochen über Kopfschmerzen klagen. Um sie zu unterdrücken, trank er, konnte aber wenig vertragen, geriet bald in große Erregung. Wurde in der letzten Zeit gleichgültiger und vergeßlicher. In der kritischen Zeit näßte er zuweilen das Bett. Warf einmal die Betten auf die Straße, bedrohte die Frau mit dem Messer, äußerte Selbstmordideen. Hie und da heftige sexuelle Erregungen. Am 9. V. 08 kam er freiwillig mit einem kurzen ärztlichen Zeugnis in die Klinik. Er roch nach Alkohol und war sehr schlapp. Rasch erholte er sich und wurde am 3. VII. 08 nach Hause entlassen. Er trank dann drei Wochen nichts und auch später sehr wenig, war aber leicht erregt und gedrückt. Mitte August 1908 war er wieder eine Woche lang durcheinander und ängstlich. Am 4. IX. wurde er sehr erregt, schrie und schimpfte auf seine Frau und Kinder in gemeinen Ausdrücken. Er bat seine Frau am 7. IX., ihn nach der Klinik zu bringen. Er wurde aufgenommen; ein kreisärztliches Zeugnis brachte er mit. Am 15. X. wurde die Frau zur Besprechung der Entlassung bestellt. Sie brachte auf unseren Wunsch die schon früher gemachten Angaben in Gegenwart des Mannes vor; dieser erklärte, die Frau lüge und hetze die Kinder gegen ihn auf. Es wurde beschlossen, durch die Bürgermeisterei Zeugen vernehmen zu lassen. Einer sagte aus: „. . . . ich kann ihn nur in jeder Weise als einen braven fleißigen Menschen schildern. An den traurigen Verhältnissen trägt nach meiner Meinung die Ehefrau die größte Schuld. Sie versteht es nicht, ihren Mann richtig zu behandeln; er erhält kein regelmäßiges Essen; dies veranlaßt ihn zum Trinken und dann folgen die häuslichen Streitigkeiten. Es macht mir den Eindruck, als wenn die Frau ihren Mann müde sei und sich nach einem anderen sehne . . ." Alle Zeugen schilderten J. als einen ordentlichen Menschen, wenn sie ihn auch zuweilen betrunken gesehen hätten; er sei kein Trunkenbold und nicht gemeingefährlich. Nur die Ehefrau erklärte, sobald er Schnaps trinke, sei er ganz direktionslos und gemeingefährlich, er schlage alles zusammen und schrecke vor dem Äußersten nicht zurück; am folgenden Tage tue es ihm leid. Da die Zeugen — abgesehen von der Ehefrau — sich günstig über J. geäußert hatten, wurde er am 19. XI. entlassen. Schon am 28. XI. kam er wieder und erklärte, die Nachbaren hätten ihm allerlei aufregende Sachen über seine Frau mitgeteilt. Er wurde nicht aufgenommen, aber bei der Bürgermeisterei angefragt, ob die Angaben auf Wahrheit beruhten, und zugleich mitgeteilt, daß durch solche Redereien, ob sie nun wahr oder falsch seien, leicht bei J. ein Rückfall eintreten könne. Die Zeugenvernehmungen ergaben nun, daß tatsächlich Nachbaren dem J. gesagt hatten, seine Frau empfange Besuch von fremden Männern, sie sei eine Sau.

Am 5. I. 09 kam J. wieder freiwillig zur Klinik und bat um Aufnahme, die ihm zugesagt wurde. Er gab an, er sei so herunter; die Frau lasse ihm keine Ruhe, ärgere ihn mit anzüglichen Redensarten, hetze die Kinder gegen ihn auf; auch habe er erfahren, daß seine Frau tatsächlich Männerbesuch empfange. Er gab zu, schon heute früh Schnaps getrunken zu haben. Am 1. III. 09 wurde er entlassen mit energischen Ermahnungen; es wurde ihm bedeutet, daß er das nächste Mal voraussichtlich entmündigt würde.

Am 22. V. 09 wurde J. auf Antrag des Polizeiamts auf Grund eines kreisärztlichen Zeugnisses in die Klinik aufgenommen. Nach Aussage von zwei Schutzleuten und der Ehefrau hatte J. seine Angehörigen mit einem Stück eines eisernen Kohlenkastens bedroht und nach ihnen geworfen, ferner seiner Frau auf den Kopf geschlagen, denselben durch eine eingeschlagene Türfüllung gezogen und stranguliert. Er schrie dabei laut. Die beiden Schutzleute nahmen ihn zum Schutz der Familie fest. Die Ehefrau gab darüber genauer an, ihr Mann sei schon einige Tage mit sich selbst unzufrieden gewesen, an dem fraglichen Tage sei er mittags mit rotem Kopfe heimgekommen und habe sich hingelegt. Sie habe

ihn um 1 Uhr zur Arbeit geweckt; darauf sei er aufgesprungen und habe sich eingeschlossen. Er sei später zur Arbeit gegangen und sei abends sehr aufgeregt wiedergekommen, sei dann wieder fortgegangen und habe sich bei seiner Rückkehr ohne etwas zu sagen, auf sie und die Kinder gestürzt. Die von uns erbetenen Zeugenaussagen ergaben, daß J. oft trinkt und in diesem Zustande sehr erregt ist. Frau J. wurde als eine fleißige, aber sehr leicht aufgeregte Frau geschildert, die ihren Mann nicht zu behandeln versteht und ihn immer wieder reizt. Übereinstimmend wurde erklärt, daß der letzte Skandal dadurch entstanden sei, daß Frau J. sich mit ihren Kindern eingeschlossen und ihren heimkehrenden Mann nicht hereingelassen habe. In der Klinik hielt sich J. gut und war fleißig. Nachdem das Polizeiamt wieder Erwarten keine Bedenken gegen die Entlassung des J. erhoben hatte, wurde ihm eine Stelle beim Tiefbauamte beschafft und am 30. VIII. 09 die Entlassung zugegeben.

Am 3. V. 10 wurde J. von einem Angestellten des Tiefbauamtes gebracht; er lärmte und schimpfte. Die Frau sagte aus, daß sich J. längere Zeit gut gehalten und gut für die Familie gesorgt habe. Später sei er wieder erregter geworden und habe auch zu Trinken angefangen; er habe sich über jede Kleinigkeit geärgert. Gefährlich sei er nicht geworden. Die Entlassung erfolgte am 14. VI., aber schon am folgenden Tage kam er betrunken wieder; er erklärte später, bei seiner Rückkehr nach Hause habe seine Frau und seine Tochter ihn in einer Weise empfangen, die ihn so verletzt habe, daß er gleich wieder getrunken habe. Am 27. VI. 10 wurde er gleich zur Arbeit entlassen. Die beiden letzten Aufnahmen erfolgten freiwillig. J. endete durch Selbstmord.

Fall 89. J. T., Landwirt, geb. 15. V. 69, aufg. I.: 15. V. 98, II.: 12. IV. 08, III.: 25. III. 12, IV.: 19. XII. 12, V.: 21. I. 13, VI.: 15. IX. 13. Erbliche Belastung liegt angeblich nicht vor. Heirat 1893; 7 Kinder. T. soll von jeher getrunken haben. Am 15. V. 98 wurde er auf Antrag seines Bruders in die Klinik aufgenommen; in dem ärztlichen Zeugnis heißt es: „T. erkrankte am 26. IV. 98 an Influenza, woran sich Symptome des Delirium tremens schlossen . . . . in letzter Zeit starke Exzesse in Baccho (Schnaps). Da Pat. auch während des Deliriums weiter exzedierte und zu Hause nicht in aufmerksamer Weise beaufsichtigt werden kann, so haben seine Verwandten beschlossen, ihn mit seiner Einwilligung in eine Anstalt zu bringen". Bei der Aufnahme gab der Bruder noch an, er habe Personen verkannt, nachts an die Türen geklopft und seine Frau bedroht. In der Klinik ließ die Unruhe bald nach. Die Entlassung erfolgte am 7. VI. 98. Am 9. VII. 98 wurde T. entmündigt. Aus den Akten des Kreisamtes geht hervor, daß die Frau des T. am 26. VI. 03 auf der Bürgermeisterei erklärt habe, ihr Mann ergebe sich in der letzten Zeit immer mehr dem Trunke, immer drohe er ihr mit Totschlag, sie beantrage die Verbringung in eine Besserungsanstalt. Die Bürgermeisterei fügte hinzu, T. befinde sich stets im Säuferwahnsinn, er arbeite nichts und vertrinke sein Vermögen; er stehe zwar unter Kuratel, allein er besorge sich immerhin soviel Branntwein, daß er nie aus dem Taumel komme. Das Kreisamt ließ T. durch den Kreisarzt untersuchen; dieser berichtete, daß T. zwar ein starker Trinker sei und zeitweise an Erregungszuständen leide, daß er aber in der letzten Woche wesentlich ruhiger geworden sei und zurzeit der Anstaltspflege nicht bedürfe. Schon vorher war den Wirten vom Kreisamte verboten worden, an T. alkoholische Getränke zu verabreichen, doch scheint es T. nicht schwer gefallen zu sein, aus den preußischen Nachbarorten Schnaps zu erhalten. — Am 2. X. 03 wurde T. zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt wegen Körperverletzung und Bedrohung; die Frau hatte selbst die Anzeige erstattet, nachdem T. sie am 6. VII. wieder bedroht und mißhandelt hatte.

Am 10. IV. 08 beauftragte das Kreisamt den Kreisarzt mit der Untersuchung des T., da er in hohem Grade gemeingefährlich sei, auch wenn er nicht unter dem Einflusse des Alkohols stehe; es werde allgemein befürchtet, daß Frau und Kinder einem Unglücke entgegensehen. In dem Zeugnis des Kreisarztes heißt es unter dem 11. IV. 08: „T. leidet an chronischem Alkoholismus, er befindet sich anhaltend in einem Erregungszustande, gerät oft in Wut; dann kommt es zu Bedrohungen und Mißhandlungen der Frau und Kinder. Da derselbe anfängt, in hohem Grade gemeingefährlich zu werden, so halten wir seine Überführung in eine psychiatrische Anstalt für durchaus notwendig". Die Aufnahme erfolgte am 12. IV. 08. T. hielt sich gut und arbeitete fleißig. Behördliche Ermittelungen ergaben, daß die Angaben über die Gemeingefährlichkeit zutreffend sind. Am 28. XI. erklärte sich die Ehefrau bereit, T. noch einmal versuchsweise nach Hause zu nehmen; die Bürgermeisterei verweigerte aber die Zustimmung; erst im April 09 gab sie die Einwilligung, so daß die probeweise Entlassung am 24. IV. erfolgen konnte. Am 25. III. 12 kam T. freiwillig in angetrun-

kenem Zustande in die Klinik; er wurde am 27. III. entlassen. Die vierte Aufnahme erfolgte am 19. XII. 12; T. blieb bis zum 18. I. 13. Am 21. I. kam er schon wieder, und zwar dieses Mal, um zu zeigen, daß er nicht geisteskrank sei; damit wollte er bezwecken, daß seine Entmündigung aufgehoben würde. Am 13. II. wurde er auf seinen Wunsch entlassen.

Die sechste Aufnahme am 15. IX. 13 wurde wieder durch das Kreisamt veranlaßt. Aus dem kreisärztlichen Zeugnis geht hervor, daß T. in den letzten acht Wochen sehr erregt war und seine Familie bedrohte. „Wir befürworteten auf Anfrage seitens des Kreisamtes schon vor Wochen die schleunigste Eliminierung des T. aus Familie und Gemeinde. Diese zog sich jedoch wieder hinaus, da der Vormund die Kosten scheute und T. in letzter Zeit anscheinend unter dem Einflusse eines von seinem Rechtsanwalte betriebenen Verfahrens zur Aufhebung der Entmündigung, wieder ruhiger geworden sein sollte. Heute Nacht (15. IX.) nun hat T., wie das Kreisamt uns berichtet, seine Frau mit einem Knüppel in lebensgefährlicher Weise bearbeitet . . . ." T. erklärte gleich bei der Aufnahme, er sei von seiner Frau sehr gereizt worden; diese habe zuerst nach ihm geworfen. Um festzustellen, inwieweit T. recht hatte, wurde das Kreisamt gebeten, Zeugen darüber zu vernehmen. Der zuständige Gendarmeriewachtmeister erklärte, der fragliche Auftritt habe sich in der Wohnung des T. abgespielt, weswegen nur die Ehefrau Auskunft geben könne. Diese erklärte, ihr Mann sei am Tage vorher in einer Wirtschaft gewesen und habe sich gehörig mit Branntwein verproviantiert. Mitten in der Nacht, etwa um 1 Uhr, habe er zu lärmen angefangen, u. a. auch gerufen: steh' auf und koch Kaffee; sie habe sich aber nicht darum gekümmert. Morgens sei er herunter gekommen und habe seine Sonntagshose noch angehabt; darauf habe sie gesagt: da hat er wieder mit der guten Hose im Bett gelegen; es ist gerade ein Kerl wie sein Vater. T. habe dann, ohne ein Wort zu sagen, einen Holzschlegel geholt und ihr an den Kopf geschlagen. Im Anschluß an vorstehende Äußerungen fügte der Führer der Gendarmeriestation noch hinzu, „daß der hier vorliegende Gewaltakt des T. doch nicht allein steht, sondern nur den letzten Fall seiner Handlung darstellt . . . . Keine Polizei wird diese Zustände hindern können; ehe sie in Tätigkeit treten kann, hat der Rubrikat einen derartigen gefährlichen, tückischen Roheitsakt ausgeführt . . . . Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, daß er sich in der Anstalt recht artig gebärdet, aber in seinem Leben in der Familie ist der Sachverhalt anders und wird die Wissenschaft zu beurteilen haben, ob T. vor den Strafrichter gehört oder in der Anstalt zu verbleiben hat. Der Ernst des Sachverhalts erheischt hierüber im Interesse der öffentlichen Sicherheit eine genaue Feststellung". — Auf eine Anfrage des Kreisamtes vom 16. XII. teilten wir demselben mit, daß T. sich hier dauernd gut halte, daß der Bericht der Gendarmerie aber Bedenken erwecke und wir die Entscheidung über die Frage der Entlassung dem Kreisamte überließen. Hierauf erwiderte dieses, daß es nicht beurteilen könne, ob T. bei voller Bewegungsfreiheit längere Zeit dem Alkohol entsagen könne. Am 8. III. 14 bat der Vormund, T. in eine Irrenanstalt zu überführen, da dadurch die Kosten geringer würden; zugleich gab er an, T. habe in den 4 Jahren, in denen er freies Verfügungsrecht gehabt habe (Ende 1908—12), 18 000 Mark Schulden gemacht, ferner daß er ihn und die Ehefrau mit Erschießen, den Bürgermeister mit Brandstiftung bedroht habe. Wenn T. freigelassen werde, so müsse er die Behörden verantwortlich machen für allen Schaden, den er anrichte. Daß er fähig sei, seine Drohungen in die Tat umzusetzen, könnten alle bezeugen, die ihn kennen. Am 10. III. wurde vom Gericht die Aufhebung der Entmündigung abgelehnt. Am 26. III. erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt.

Fall 90. D. X., Maschinist, geb. 16. VIII. 66, aufg. I.: 8. I. 03, II.: 17. VI. 13. Vater war Potator, kam finanziell herunter, starb infolge eines Schlaganfalls; Mutter trank auch stark und starb auf die gleiche Weise. Die Geschwister des X. sind, bis auf zwei, Trinker, ein Bruder ist Landstreicher, war mehrfach in Irrenanstalten. Die Großmutter väterlicherseits war geisteskrank. X. hatte acht Kinder, von denen sechs starben; die beiden überlebenden sollen nervös, faul, zerstreut und oft krank sein. Er selbst soll von jeher getrunken haben, mußte schon als Knabe von der Polizei gesucht werden. Wechselte sehr oft seine Stellung und Tätigkeit. Verfolgte seine Frau stets mit Eifersuchtsideen, schlug sie schon am Hochzeitstage. Er selbst verkehrte mit anderen Frauen, hat schon einmal den Koitus in Gegenwart seiner damals schwer kranken Frau mit einer anderen Person ausgeübt. Er arbeitete sehr unregelmäßig und brachte das ganze Mobiliar ins Pfandhaus. Zweimal wurde er wegen Hehlerei und Diebstahls bestraft. Seit Mitte 1901 bekam X. epileptiforme Anfälle, war zeitweise sehr ängstlich, zwischendurch grob und brutal. In der

letzten Zeit bedrohte er, wie aus dem ärztlichen Fragebogen hervorgeht, Frau und Kinder mit Halsabschneiden, sprang einmal mit einem Messer hinter einem Schrank hervor und wollte erst die Frau und dann sich erstechen, hing sich einmal auf, verlangte von der Frau die unzüchtigsten Handlungen, sogar den Koitus in Gegenwart der Kinder. Am 8. I. 03 wurde X. auf Antrag seiner Frau, die auf unseren Wunsch auch behördlich zu Protokoll vernommen wurde, in die Klinik aufgenommen. Hier wurde er etwas ruhiger; sein Benehmen war kriechend; er stellte sich stets als Ehrenmann hin. Wurde am 21. III. 03 auf Wunsch der Frau mit Genehmigung der Bürgermeisterei gebessert nach Hause entlassen. Am 17. VI. 13 wurde X. wieder aufgenommen zur Begutachtung auf Veranlassung der Landesversicherungsanstalt. Zeichen von Gemeingefährlichkeit bot er nicht; er klagte nur über zeitweise auftretende Verstimmungszustände.

Im Gegensatz zu den Alkoholikern, die infolge von Wahnideen gemeingefährlich werden, wie in Fall 44—48, tritt der gefahrbringende Zustand bei den Alkoholikern mit Erregungszuständen sehr plötzlich auf. In der Regel kommt es zu Körperverletzung, Sachbeschädigung, Widerstand gegen die Staatsgewalt oder ähnlichem, wie auch in unseren Fällen Nr. 82—84. Natürlich werden Alkoholexzesse gewöhnlich bestraft. Nur wenn besondere Umstände hinzukommen, wird die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit aufgeworfen, so in Fall 85, weil Q. ein notorischer Säufer und schon einmal in seiner Anstalt gewesen war, in Fall 86 wegen des Tatbestandes selbst. Werden durch die Erregungszustände nur die Angehörigen bedroht, so ziehen diese die Internierung des Trinkers in einer Anstalt gewöhnlich der Bestrafung vor, wie in Fall 87—89; bei ersterem erfolgte die erste Aufnahme sogar freiwillig. Auch in Fall 83 kam G. freiwillig zur Klinik, eingewiesen wurde er nie, für Delikte stets bestraft. In diesem Falle wäre eine langdauernde Internierung gewiß angebracht gewesen. Nur in Fall 89 erwirkte die Ehefrau einmal eine Bestrafung, nachdem ihr die Internierung des Ehemanns abgeschlagen worden war.

Auch aus den letzten Krankengeschichten müssen wir wieder entnehmen, daß selbst schwere Alkoholisten noch zu einem geordneten Lebenswandel kommen können, selbst Menschen wie die beiden C. in Fall 84 und 85, sowie X. in Fall 90. Daß auch J. in Fall 88 wieder zu einem nützlichen Gliede der menschlichen Gesellschaft geworden wäre, wenn er zu Hause richtig behandelt worden wäre, möchte ich annehmen. Bei T. in Fall 89 wurden mehrfach Entlassungsversuche vorgenommen, aber ohne Erfolg; auch hier scheint die Frau nicht ganz schuldlos zu sein.

Mit X. in Fall 87 wurde der Schwere des Deliktes wegen, welches er begangen hatte, kein Entlassungsversuch vorgenommen. Er entwich aber, konnte jedoch in der Zeit, während er in der Freiheit lebte, nicht den Beweis liefern, daß er zu einem geordneten Leben tauge; infolgedessen wurde er wieder interniert, als man seiner habhaft wurde. Hätte er ein geordnetes Leben in der Zwischenzeit geführt, hätte man ihn meines Erachtens nicht wieder einsperren dürfen, denn der Zustand des Individuums, nicht die Tat ist für die Unterbringung in eine Anstalt maßgebend.

Was aus T. in Fall 82 geworden ist, konnten wir leider nicht erfahren. Es ist merkwürdig, daß die Staatsanwaltschaft damals eine Entmündigung im Falle der Entlassung für nicht erforderlich hielt, trotzdem T. zu Affektverbrechen neigte und die Beobachtung in der Klinik ergeben hatte, daß er sehr unangenehme, gefahrbringende Eigenschaften hatte, die sich nach Alkoholgenuß natürlich noch viel deutlicher bemerkbar machten.

Fall 91. N. C., Gärtnersfrau, geb. 4. IX. 75, aufg. I.: 13. XII. 10, II.: 23. VI. 12. Vater angeblich starker Trinker. C. wurde mit 7 Jahren nach Scharlach taubstumm; war dann 7 Jahre in einer Taubstummenlehranstalt. 1897 Heirat. 2 gesunde Kinder, 2 Fehlgeburten. C. war von jeher etwas aufgeregt. Am 27. XI. 10 berichtete die vorgesetzte Behörde des Ehemannes an das Ministerium, daß C. ihrem Manne keine Ruhe lasse, fortwährend mit ihm im Streite lebe, sogar handgreiflich werde und den Haushalt ganz und gar vernachlässige. C. sei infolge ihres Leidens sehr mißtrauisch, aber außerdem auch nervös, erregt und jähzornig. Sie behandle ihre Angehörigen unausgesetzt schlecht, schlage ihre Kinder oft rücksichtslos ins Gesicht. Diesem Bericht folgte am 4. XII. ein weiterer mit der Bitte, daß der Geisteszustand der C. von Amts wegen untersucht werde, da der Ehemann bei diesen Verhältnissen den Dienst nicht ordnungsgemäß ausführen könne. Infolgedessen wurde C. am 12. XII. 10 in die Klinik aufgenommen; sie stellte selbst mit Einverständnis des Mannes den Antrag; ein ärztliches Zeugnis wurde nicht verlangt. Hier hielt sich C. ruhig und geordnet; die Untersuchung ergab nichts, was für eine geistige Erkrankung sprechen konnte, sie war allerdings durch die Taubstummheit sehr erschwert. C. wurde am 30. XII. 12 von ihrem Manne abgeholt. Am 22. VI. 12 erfolgte die neue Aufnahme auf Antrag des Mannes und auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses, in dem es heißt, daß C. hochgradig aufgeregt sei, täglich ihrem Manne die heftigsten Szenen mache, ihn kratze und schlage und den Haushalt vernachlässige; sie gefährde durch ihre häufigen, heftigen Erregungszustände ihre Angehörigen. Hier verhielt sich C. ruhig und geordnet, machte aber einen schwachsinnigen Eindruck. Sie wurde am 20. IX. 12 in eine Irrenanstalt überführt, aus der sie am 18. VI. 13 entlassen wurde, nachdem sie sich beruhigt hatte.

Auf unsere Anfrage teilte uns die Bürgermeisterei am 26. IV. 14 mit: „daß Frau C. sich dann und wann recht mürrisch und halsstarrig gegen ihren Ehemann zeigt. Es ist zu wiederholten Streitigkeiten gekommen und wenn Frau C. gedroht bekommt, sie käme wieder fort, dann ist sie anders. Manchmal sagt sie, schlagt mich tot. Auch leidet sie mitunter an Größenwahn . . . Sie verrichtet genügend die häuslichen Arbeiten. Wenn ihr Zustand so bleibt, ist der Ehemann zufrieden".

Wie der Arzt in dem Aufnahmezeugnis schreibt, handelt es sich hier um eine Gefährdung der Angehörigen, vor allem des Ehemannes; man muß ihm zweifellos das Recht zugestehen, zu entscheiden, ob er sich der Gefährdung aussetzen will oder nicht.

Fall 92. D. F., Dienstmädchen, geb. 30. III. 62, aufg. 10. I. 03. Seit etwa Anfang Dezember 02 erhebliche Veränderung des Charakters; deutliche Zeichen der progressiven Paralyse. Seit 6. I. 03 sehr schwerer Erregungszustand, tobte Tag und Nacht, zerstörte alles, was ihr in die Finger kam, aß Kot, verweigerte die Nahrung, mußte daher aus dem Krankenhause auf Antrag des dortigen Arztes in die Klinik verlegt werden. In dem ärztlichen Zeugnis steht: „Pat. ist in hohem Grade gemeingefährlich". Hier nahm sie trotz guter Nahrungsaufnahme sehr ab; nachdem sie ruhiger geworden war, wurde sie in das Krankenhaus zurückverlegt.

Fall 93. D. J., geb. 4. VI. 69, aufg. 20. XI. 13. Syphilitische Infektion hat stattgefunden. Winter 1911/12 erste Zeichen einer psychischen Störung. Sommer 1912 erster paralytischer Anfall. Salvarsanbehandlung. Anstaltsaufenthalt war immer nur zeitweise nötig. Am 20. XI. 13 trat ein sehr heftiger Erregungszustand auf, so daß J. sofort in die Klinik gebracht werden mußte. Da er sich bei seiner Ankunft etwas beruhigt hatte, wurde er auf inständiges Bitten der Ehefrau nicht auf der unruhigen Abteilung untergebracht. Die Nacht verlief ruhig; am folgenden Tage ging J. gegen Ärzte und Pfleger aggressiv vor und trat zwei Türen ein, so daß die Verlegung auf die unruhige Abteilung trotz Sträubens der Ehefrau unbedingt nötig wurde. J. beruhigte sich allmählich und wurde am 7. XII. 13 in eine Irrenanstalt überführt.

Diese kurze Krankengeschichte soll nur einen Beweis dafür liefern, wie schwer es ist, selbst in der Klinik den Bitten Angehöriger standzuhalten.

Fall 94. B. C., Taglöhner, geb. 4. XI. 83. C. wurde bis 1905 7 mal vorbestraft wegen Sachbeschädigung, Diebstahls und Körperverletzung. Am 25. IX. 11 erhielt er wegen Totschlags 5 Jahre Gefängnis. Er hatte seine Geliebte erstochen, weil er sehr eifersüchtig auf sie war. Als er am Tage der Tat ihr Vorhalt machte, weil sie mit einem anderen

gehe, antwortete sie, sie tue es doch. C. klagt im Gefängnis viel über Kopfschmerzen und andere nervösen Beschwerden; er ist lungenleidend. Eine Bemerkung des Direktors in den Akten lautet: „Gegen C. wird wegen seiner geistigen Minderwertigkeit viel Rücksicht geübt, daß er eher Ursache zu Dankbarkeit als zu unbegründeten Klagen hätte".

Wir sehen, daß C. sich von 1905—11 gut gehalten hat, wenigstens nicht bestraft worden ist. Daß dann ein so erheblicher Reiz, wie er hier vorliegt, einen so labilen Menschen wie C. kolossal erregen muß, ist klar.

4. Kapitel.

Gemeingefährlichkeit infolge von Schwachsinn.

Fall 95. H. S., Rottenführer, geb. 12. V. 71, aufg. I.: 24. X. 07, II.: 6. XII. 09. Von den Geschwistern des S. starb eins an Tuberkulose, eins durch Selbstmord. Seine Frau hatte eine Fehlgeburt. Lues wurde verneint. Frühjahr 1905 wurde S. bei der Eisenbahn fest angestellt. Im Mai 1906 traten zum ersten Mal nervöse Erscheinungen auf; später kamen körperliche Beschwerden hinzu. In der zweiten Hälfte 1907 fiel er im Dienst mehrfach auf, er widersetzte sich Anordnungen, behauptete der Bahnhofsvorsteher habe ihm nichts zu sagen usw. Am 17. VIII. 07 brachte er entgegen der ausdrücklichen Anordnung seines Vorgesetzten durch Ausladen eines mit Basaltkies beladenen Wagens auf dem Hauptgleis einen Personenzug in Gefahr. Trotzdem blieb er noch auf seinem Posten, bis er am 3. und 4. IX. 07, also zwei Tage hintereinander, in gleicher Weise durch Verschieben eines Wagens auf eine zur Durchfahrt freigegebenen Strecke einen Zug gefährdete; dieser konnte nur noch durch Knallkapselsignale zum Halten gebracht werden. Nun wurde S. auf Veranlassung des Bahnarztes der Klinik zur Beobachtung überwiesen; er war hier vom 24. X. bis 1. XI. 07. Es wurde progressive Paralyse festgestellt und S. auf das ärztliche Gutachten hin pensioniert. Er konnte noch etwas zu Hause bei der Landwirtschaft helfen, war bald aufgeregt, bald deprimiert. Im Februar 1909 trat eine Verschlimmerung ein. Am 6. XII. 09 wurde er wieder in die Klinik gebracht und starb hier am 29. I. 10.

Fall 96. M. E., Eisenbahnschaffner, geb. 15. VIII. 59, aufg. 14. VII. 99. Mutter wiederholt geistesgestört, soll getrunken haben. Nichte geisteskrank. E. diente 9 Jahre beim Militär; vom 1. April 87 an war er an der Bahn angestellt. Er heiratete im Juli 87. Vor 3 Jahren soll er $^1/_4$ Jahr lang einen Hautausschlag gehabt haben. Seit 1897 merkte seine Frau eine Veränderung im Wesen; E. wurde reizbar, heftig, jähzornig. Einmal nahm er fremdes Brennmaterial mit. Im Frühjahr 99 mußte er seinen Dienst einstellen; er wurde äußerst nachlässig, grob gegen die Fahrgäste und vergaß alles. Zeitweise war er erregt. Nach Aussage seiner Nachbarn lief E. mehrfach wenig bekleidet im Orte herum, ging mit der brennenden Zigarre in die Scheune, scheuchte das Vieh und führte durch Mißhandlung einer Kuh Verkalben herbei. Er wurde auf Veranlassung der Bürgermeisterei in die Klinik aufgenommen. Die Untersuchung ergab, daß es sich um eine progressive Paralyse handelte. Anfangs war E. recht erregt, laut und drohend. Später wurde er ruhiger, doch neigte er stets zu Erregungszuständen, die aber von nur kurzer Dauer waren. Seine Äußerungen und sein Benehmen waren erheblich schwachsinnig. Es wurde eine protokollarische Vernehmung durch die Bürgermeisterei veranlaßt, durch welche die oben angegebenen Aussagen bestätigt wurden. E. wurde am 26. XI. 1899 nach seiner Entmündigung von seiner Frau abgeholt. Er starb 1902.

Fall 97. L. T., Müller, geb. 15. X. 40, aufg. 3. V. 99. Ein Bruder beging Selbstmord. T. kam am 3. V. 99 freiwillig in die Klinik, war sehr gedrückt, traurig, äußerte Selbstmordgedanken. Am 2. I. 1900 wurde er ungeheilt in seine Heimat entlassen und später in einem Siechenhause untergebracht; dort lief er oft fort und machte einmal den Versuch sein elterliches Haus anzustecken. Daraufhin wurde er auf Antrag der Bürgermeisterei zum zweiten Male in die Klinik aufgenommen. Hier war er sehr verstimmt, klagte, man habe ihn aus seinem Vaterhause entführt; er wolle wieder dorthin zurück. Am 1. X. 06 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er am 10. VII. 11 starb.

Fall 98. Q. H., geb. ? 1866, aufg. 7. VII. 00. Vater war überspannt und eigensinnig. H. lernte als Kind gut, war eigensinnig. Ging mit 24 Jahren nach Amerika, war dort vorübergehend geisteskrank. Nach der Rückkehr nach Deutschland heiratete sie, wurde wegen

Mißhandlung ihres Stiefkindes angeklagt, aber wegen Geistesstörung freigesprochen. Ihr Mann beging ihretwegen Selbstmord. Sie äußerte mehrfach Wahnideen, z. B. die verstorbene erste Frau ihres Mannes stecke in ihr, ihr Kind sei eigentlich das Kind der ersten Frau und behauptete auch die Stimme dieser Frau zu hören. Zweimal warf sie die brennende Petroleumlampe ins Zimmer, angeblich um zu sehen, ob dadurch ein Brand entstehen könne. Ein anderes Mal hielt sie ihr Gesicht an den glühenden Ofen, so daß eine Verletzung entstand, um zu sehen, „wie es tut, wenn jemand verbrannt wird". Am 7. VII. 1900 wurde H. auf Antrag des Kreisamtes und auf Grund eines vom Kreisarzte ausgestellten Fragebogens in die Klinik aufgenommen. Auf unsere Anfrage bei der Bürgermeisterei, ob die Kranke gemeingefährlich sei, wurde mitgeteilt: „Zweimal hat sie eine brennende Lampe ins Zimmer geworfen, sich aber sonst nie gemeingefährlich gezeigt, im Gegenteil sehr liebevoll". Von ihren Eltern sei sie schlecht behandelt worden und dadurch in Geistesstörung verfallen. Hier äußerte sie massenhaft ganz schwachsinnige Wahnideen, auch halluzinierte sie stark. Die Stimmung war meist heiter, leicht erotisch. Am 6. II. 01 wurde sie in eine Irrenanstalt überführt. Sie befindet sich noch dort, ist zeitweise sehr erregt und halluziniert stark.

Fall 99. G. T., Bauunternehmer, geb. 15. II. 55, aufg. 27. VI. 12. Vater war im Alter geistesschwach; ein Bruder starker Trinker. T. war in der Jugend eine Zeitlang in einer Privatirrenanstalt und hatte 1902 einen ähnlichen Anfall wie jetzt. Er wurde wegen hochgradiger Erregung auf Grund einer kurzen ärztlichen Bescheinigung auf Antrag der Ehefrau gegen seinen ausdrücklichen Willen am 27. VI. 12 in die Klinik aufgenommen. Ein kreisärztliches Zeugnis wurde sofort eingeholt. Am 29. VI. berichtete auf Ersuchen der Klinik der Schwiegersohn des T. ausführlich über den Zustand vor der Aufnahme; er schrieb, daß T. nicht mehr in der Lage gewesen sei seine geschäftlichen und sonstigen Angelegenheiten in vernünftiger Weise zu erledigen, er sei sehr vergeßlich, leicht ermüdbar, und vollständig interesselos gewesen, habe viel getrunken und geraucht, sowie ganz unsinnige Einkäufe gemacht. Ferner teilte uns unter dem 7. VII. 12 der Schwager des T. mit, dieser habe stets einen scharf geladenen Revolver und einen Dolch bei sich gehabt, habe auch mehrfach aus seinem Fenster heraus geschossen. Auf diesen Brief hin baten wir das Kreisamt um Feststellung der Art und Weise der Gemeingefährlichkeit durch Vernehmung von Zeugen. Diese ergab, daß T. in den letzten Tagen sehr aufgeregt war, tatsächlich mehrere Schüsse abgefeuert hat, mit einem Revolver in der Hand auf dem Hofe herumgelaufen ist, Gläser und andere Sachen zum Fenster hinausgeworfen und die Türe zum Vorplatz seiner Wohnung eingeschlagen hat. In der Klinik war T. anfangs sehr erregt; später wurde er ruhiger, blieb aber sehr reizbar. Die Untersuchung ergab einen ziemlich erheblichen Schwachsinn. Am 22. VII. 12 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich noch befindet. Er kann mit Gartenarbeit beschäftigt werden, ist aber zeitweise erregt und gereizt.

Fall 100. L. X., geb. 7. XII. 83, aufg. 16. V. 09. Eine Tante war geisteskrank. X. war in der Schule beschränkt, gegen die Eltern stets sehr gereizt und jähzornig, gegen andere höflich. Keiner wagte, ihm zu widersprechen, da er gegen die Angehörigen gleich tätlich wurde. Der Vater fürchtete, es gäbe eine „Mainzer Affaire" (s. Fall 41). Er wurde vernommen und erklärte, seit einem Jahre bedrohe sein Sohn ihn und seine Frau; zwei Tage vor der Aufnahme sei es durch eine ganz geringfügige Ursache wieder zu einem Auftritte gekommen, wobei X. tätlich geworden sei; erst als Nachbarn hinzugekommen seien, habe er abgelassen, aber gedroht, er werde ihn noch abschlachten. Der Vater stellte dann bei der Bürgermeisterei den Antrag, seinen Sohn in eine Anstalt zu bringen. X. wurde darauf von zwei Gendarmen nach G. gebracht und auf Antrag des Vaters mit einem kreisärztlichen Zeugnis, in welchem Zweifel an der geistigen Gesundheit und bestehende Gemeingefährlichkeit bescheinigt wurde, in die Klinik aufgenommen. Zugleich hatte die Bürgermeisterei die Angaben des Arztes, daß X. seinen Vater aufs schlimmste bedrohe, das Vieh mißhandle und zu befürchten sei, daß er seine Drohungen ausführen werde, bescheinigt. Auf unsere Veranlassung teilte uns die Bürgermeisterei mit, daß X. es nur auf seine Eltern, besonders auf seinen Vater, abgesehen habe und diesen mit Totschlag, Abschlachten, Erschießen bedrohte. „Seiner sonstigen Umgebung gegenüber ist er durchaus nicht gefährlich".

Hier verhielt sich X. ruhig und geordnet; es wurde ein mäßiger Schwachsinn festgestellt. Über seine Zwistigkeiten mit dem Vater gab X. an, dieser wolle immer das Gegenteil von dem, was er für richtig halte; auf das väterliche Gut wolle er nicht wieder zurück.

Am 23. VI. kam der Schwager mit einer vom Vater unterschriebenen Genehmigung, um X. abzuholen; er wurde auf die Gefahr der Entlassung aufmerksam gemacht, bestand aber darauf. Auf eine Anfrage des Kreisamtes vom 11. VIII. teilten wir mit, daß X. unter den oben genannten Umständen entlassen worden sei, daß aber die Möglichkeit bestehe, daß X. sich außerhalb des väterlichen Hauses halten könne, da er bisher nur gegen die Eltern drohend gewesen sei. Am 30. VIII. wurden wir durch das Kreisamt benachrichtigt, daß das Verhalten des X. seit der Entlassung aus der Klinik recht gut gewesen sei, Erregungen seien nicht vorgekommen; auch scheine hier keine Veranlassung dazu vorzuliegen. Gegenwärtig sei er zu einer 28tägigen militärischen Übung eingezogen. Auf unser Ersuchen teilte uns die Heimatbehörde am 24. II. 14 mit, „daß der Zustand des X. noch derselbe ist wie im Jahre 1909; er ist immer noch ungezogen gegen seine Eltern".

Fall 101. B. C., Landwirt, geb. 14. VII. 81, aufg. I.: 21. VII. 01, II.: 4. III. 08. Die Mutter soll sehr nervös sein, zwei entferntere Verwandte sind geisteskrank; der älteste Bruder wurde blind geboren und starb als Kind, der zweite war von jeher schwächlich. C. war als Kind starrköpfig und sehr ängstlich; selbst zur Zeit der Aufnahme zeigte er noch Angst, wenn er allein schlafen mußte. Er machte viele Kinderkrankheiten durch; in der Schule lernte er sehr wenig. Später wurde er zu Hause beschäftigt. Die Altersgenossen neckten ihn oft. Im Jahre 1900 verübte er unzüchtige Handlungen an Kindern. Seitdem war er verstimmt, weinte oft und ging nicht aus dem Hause. Er wurde nicht verhaftet, dem Vater aber mitgeteilt, daß er seinen Sohn auf seinen Geisteszustand untersuchen lassen müsse. Die Untersuchung in der Klinik ergab einen Schwachsinn erheblichen Grades. Am 10. VIII. wurde er nach Hause entlassen; das Gericht sprach ihn frei.

Am 4. III. 08 wurde er wieder vom Vater gebracht. Aus den Akten des Kreisamtes geht hervor, daß C. eine Magd mit einer Mistgabel ziemlich schwer verletzt hatte; er schien vorher geneckt worden zu sein. C. soll oft Wutanfälle gehabt, Personen mißhandelt und bedroht haben, schon zweimal soll er andere Burschen durch Biß in den Finger erheblich verletzt haben, ohne vorher gereizt worden zu sein. Da der Vater, welcher einen etwas schwachsinnigen Eindruck machte, seinen Sohn abholen wollte, das Kreisamt aber im Hinblick auf die Gemeingefährlichkeit dagegen Einspruch erhob, wurden die Akten an das Gr. Ministerium des Inneren und der Justiz gesandt gemäß § 29 unseres Regulativs. Dieses schickte sie an die Staatsanwaltschaft zwecks Einleitung der Entmündigung. Zum vorläufigen Vormund wurde ein Bruder der Mutter bestellt. Nach langen Verhandlungen, in denen die Bürgermeisterei das Kreisamt dringend bat, unter Hinweis auf die Aussagen angesehener Bürger, auf einer weiteren Internierung des C. nicht mehr zu bestehen, holte der Vormund zusammen mit dem Vater C. ab. Sie wurden mehrfach darauf aufmerksam gemacht, daß C. gefährlich sei, besonders wenn er gereizt werde oder getrunken habe. Sie versprachen und unterschrieben, ihn von allem zurückzuhalten, ihn unter ärztliche Aufsicht zu stellen und die ganze Verantwortung zu übernehmen. Der Arzt, welcher die Krankengeschichte abgeschlossen hat, meinte, man dürfe vielleicht hoffen, daß C. unter verständiger Aufsicht draußen auskomme. Der Umstand, daß er sich doch acht jahrelang draußen gehalten habe, sei nicht zu gering zu veranschlagen. Tatsächlich hat sich C. nach Aussage der Bürgermeisterei bis jetzt gut gehalten.

Fall 102. M. K., Student, geb. 12. IV. 76, aufg. I.: 11. VII. 04, II.: 27. V. 10. Vater sehr nervös, ein Vetter geistig abnorm. K. war als Kind lebhaft und gutmütig, näßte lange das Bett, war wenig begabt, hatte nur wenig Freunde, da er rechthaberisch war; stahl mit 9 Jahren seiner Mutter 5 Mark und vernaschte das Geld; entwendete später seinen Mitschülern Steine, Messer und andere verhältnismäßig wertvolle Sachen. Da er trotz Privatstunden mehrfach sitzen blieb, ging er nach dem Besuch der Obersekunda ab und studierte Chemie. Im Jahre 1902 beging er zum ersten Male eine unzüchtige Handlung an einem Mädchen unter 14 Jahren und wurde mit 9 Monaten Gefängnis bestraft. 1903 Rückfall, Freispruch auf Grund des § 51 wegen Schwachsinns. K. wurde entmündigt und kam in eine offene Anstalt, in der er sich wieder gegen den § 176[3] verging. Dieser abermalige Rückfall veranlaßte die Staatsanwaltschaft, den Vater und zugleich Vormund des K. aufzufordern, diesen in eine geschlossene Anstalt unterzubringen. Er wurde daher am 11. VII. 04 in die Klinik und von hier am 21. XI. in eine Irrenanstalt verbracht. Von dort kam er nach einiger Zeit in eine Stellung, wo er es aber nicht lange aushielt; er war dann bald hier bald dort. Mehrfach wurden ihm Diebstähle nachgewiesen. Im Frühjahr 1910 beging er wieder massenhaft unzüchtige Handlungen und wurde infolge des Druckes der

Staatsanwaltschaft vom Vater der Klinik am 27. V. 10 wieder zugeführt; am 6. XII. 10 wurde er wieder in eine Irrenanstalt verbracht, wo er sich noch befindet. Er macht sich zeitweise dadurch unliebsam bemerkbar, daß er andere Kranke hänselt und zuschaut, wenn sie oder die Pfleger ins Bett gehen (sexuelle Motive?).

Fall 103. Q. T., ohne Beruf, geb. 22. VI. 81, aufg. 10. X. 1900. Vater litt an periodischer Geistesstörung. T. war als Kind störrisch und gleichgültig. Einmal kam er drei Wochen lang nicht nach Hause, infolgedessen kam er in eine Erziehungsanstalt. 1892 wurde er wieder nach Hause geholt, stahl der Mutter Geld und mußte daher wieder in die Erziehungsanstalt gebracht werden. Nach der Entlassung arbeitete er nie anhaltend, hielt sich aber leidlich; er wohnte bei seinen Eltern. Mitte 1900 verging er sich gegen § 176³ St.G.B. Zur Beobachtung seines Geisteszustandes wurde er der Klinik überwiesen; es wurde ein ziemlich erheblicher Grad von Schwachsinn festgestellt. T. wurde freigesprochen und in eine Irrenanstalt gebracht, aus der am 1. III. 02 entlassen wurde. Auf eine Anfrage bei der Heimatbehörde hin, wurde uns mitgeteilt, daß T. in den ersten Jahren noch sehr aufgeregt und schwer zu lenken gewesen sei, auch wiederholt Selbstmordversuche gemacht habe, in der letzten Zeit aber einer geordneten Beschäftigung nachgehe und sich wohl fühle.

Fall 104. X. L., Hotelbesitzer, geb. 2. X. 74, aufg. 17. XI. 04. Der Vater hatte zwei Anfälle von geistiger Störung. L. lernte erst im dritten Lebensjahre laufen und sprechen. Später arbeitete er sich tüchtig in die Höhe, so daß es ihm möglich war, am 1. Mai 1904 ein Hotel zu kaufen. Schon im Oktober wurde L. unstet und unsolide; er machte unglaubliche Pläne um sein Hotel zu verbessern, die er bei seiner Vermögenslage gar nicht ausführen konnte. Am 20. X. wurde er in ein Krankenhaus gebracht; dort stand er unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen, er fürchtete, vergiftet zu werden und rührte mehrere Tage kein Essen an. Sein Bruder holte ihn ab und brachte ihn zu seinen Eltern. Von dort entfernte er sich sehr bald und suchte sein Hotel wieder auf. Er illuminierte das Haus, schmückte es innen und außen und verursachte dadurch große Menschenansammlungen auf der Straße; daraufhin wurde er wieder in ein Krankenhaus gebracht und von dort auf Antrag seines Bruders der hiesigen Klinik überwiesen. Hier war er im allgemeinen ruhig, nur hie und da etwas unwirsch; über seine Vermögensverhältnisse war er nicht orientiert, zeigte äußerst wenig Interesse und machte sich nichts aus dem Verkaufe seines Hotels. Er war vollkommen davon überzeugt, daß er einer glänzenden Zukunft entgegengehe. Ende 1904 wurde ihm ein Vormund bestellt; am 24. Februar 05 wurde er zu seinen Eltern entlassen.

Bei Schwachsinnsformen jeder Art kommen die verschiedensten gemeingefährlichen Handlungen vor. So haben wir in Fall 95 einen Paralytiker, welcher dreimal einen Eisenbahnzug gefährdete; es ist verwunderlich, daß er nicht gleich nach dem ersten Mal psychiatrisch untersucht wurde, obwohl schon vorher sein Benehmen aufgefallen war. — Auch in Fall 96 handelt es sich um einen paralytischen Eisenbahnbeamten, der aber rechtzeitig aus seinem Dienste entlassen wurde; später benahm er sich aber so, daß er hätte interniert werden müssen, schon lange bevor er eine Scheune fast in Brand gesteckt hätte. Ebenso erfolgte in Fall 97 die Aufnahme zu spät; die geplante Brandstiftung wurde noch rechtzeitig verhindert. Ähnlich liegen die Verhältnisse in Fall 98; hier spielen auch Wahnideen eine Rolle; doch scheinen sie nicht die Ursache für die gemeingefährliche Handlung des H. gewesen zu sein.

In Fall 99 handelt es sich in erster Linie um einen Schwachsinnsprozeß, zwischendurch traten Erregungszustände auf. Die Internierung hätte schon erfolgen müssen, als die Angehörigen merkten, daß T. ständig Waffen bei sich hatte. Bei X. in Fall 100 bestand eine allerdings bedeutende Gefahr für den Vater, nicht für andere. Es mußte daher auch dem Vater die Entscheidung überlassen bleiben, ob er seinen Sohn wieder zu sich nehmen wollte oder nicht.

Bei Fall 101—103 bestehen die gemeingefährlichen Handlungen in Verfehlungen gegen § 176³ St.G.B., bei 101 außerdem in Körperverletzung. Dieser Fall machte insofern besondere Schwierigkeiten, als der Vater auf der Entlassung

des Sohnes bestand, das Kreisamt sie aber nicht zugeben wollte; infolgedessen mußte das Ministerium um Entscheidung ersucht werden. Schließlich kam es zur Entlassung, die auch von Erfolg war. In Fall 102 erschwerten die Angehörigen die sachgemäße Internierung des K.; sie waren so einsichtslos, daß schließlich der Staatsanwalt mit der zwangsweisen Überführung in eine geschlossene Anstalt drohen mußte. Eine günstige Wendung trat bei T. in Fall 103 ein, nachdem er längere Zeit in einer Anstalt gewesen war, während der ersten Jahre nach der Entlassung war er allerdings noch schwer zu behandeln.

Zum Schluß ist noch ein Fall wiedergegeben, bei dem es sich weniger um eine Gefahr als um eine recht erhebliche Störung handelte, deren Ursache wohl in schwachsinnigen Größenideen zu erblicken ist. Der Zustand des Kranken hätte gerade so gut zu gemeinschädlichen und gemeingefährlichen Handlungen führen können; eine Internierung war zweifellos durchaus angebracht.

5. Kapitel.

Gemeingefährlichkeit infolge von verbrecherischer Neigung.

Fall 105. J. X., Metalldrucker, geb. 24. XII. 87. Er hatte 11 Vorstrafen, vor allem wegen Körperverletzung, Sachbeschädigung und Hausfriedensbruchs. Am 15. XI. 11 wurde er wegen gefährlicher Körperverletzung, welche den Tod des Verletzten zur Folge hatte, zu 4 Jahren 8 Monaten Gefängnis verurteilt. Im Urteil heißt es: „Die Strafe des X. ist aus § 223 a des Str.G.B. zu erkennen und mußte entsprechend hoch bemessen werden im Hinblick auf die hervorragend rohe und brutale Beteiligung des X. bei der Mißhandlung des getöteten S. und mit Rücksicht auf die vielen schweren Vorstrafen des X., der eine gemeingefährliche Persönlichkeit ist." In der Strafanstalt zog X. sich bis jetzt nur eine leichte Strafe zu, weil er einem anderen Gefangenen zugenickt hatte.

Fall 106. X. E., Taglöhner, geb. 24. V. 85. 3 kleine Vorstrafen. Am 3. X. 06 wegen Notzucht mit $2^1/_2$ Jahren Gefängnis bestraft. Das Polizeiamt O. teilte am 23. X. 06 der Strafanstalt mit, daß E. keine ständige Arbeit gehabt habe, er habe nur seiner Mutter jeden Sonntag Blumen verkaufen helfen. Eine Mitteilung des Pfarramts lautete, E. sei schwach begabt und zur Trägheit geneigt, er habe in keiner Lehre ausgehalten, 10 Lehrstellen habe er gehabt, aber immer bald wieder aufgegeben. „Die Gelegenheitsarbeit, wie unsere sogenannten Marktsteher sie treiben, bei der man nach Belieben faulenzen kann, behagte ihm besser. Böse Gesellschaft und dann das Trinken, an das er sich gewöhnte, taten dann das übrige." Er scheine auch nicht ganz normal zu sein. Die Eltern und Geschwister seien brav. Der Vater sei streng, die Mutter habe dem Sohne, wenn er in Not geraten sei, hinter dem Rücken des Vaters beigestanden. 5. X. 10 wegen Widerstands und Beleidigung 5 Monate 2 Wochen Gefängnis. Eine Bemerkung von 1911 in den Akten lautet: „E. hat in seinen 6 Vergehen und in den dafür hier verbüßten Strafen seine Halt- und Willenlosigkeit so unzweideutig bewiesen, daß er im Mangel an Kraft zur ethischen Selbstbestimmung auch fernerhin ebenso gefährdet wie gefährlich erscheinen muß." Am 15. XI. 11 wurde E. wegen gefährlicher Körperverletzung, welche den Tod des Verletzten zur Folge hatte, zu $4^1/_2$ Jahren Gefängnis verurteilt (Mittäter von X. im Falle vorher). Unter dem 18. I. 12 steht in den Akten, E. heule und brülle, das Verhalten entspreche aber nicht dem Bilde echter Krankheit, unter dem 22. I., E. sei kindisch, die Nahrungsaufnahme ungenügend, unter dem 1. VI., E. komme Anweisungen nicht nach.

Fall 107. M. G., Fabrikarbeiter, geb. 13. IV. 1877. Am 6. VIII. 95 wurde G. wegen Unterschlagung, am 18. VII. 99 wegen Körperverletzung und Sachbeschädigung und am 7. III. 10 wegen Totschlags zu $4^1/_2$ Jahren Gefängnis verurteilt. G. wollte aus der von ihm gemieteten Wohnung, ohne ein Wort zu sagen, ausziehen; er war im Begriffe fortzugehen, als die Frau des Vermieters hinzukam. Heftiger Wortwechsel. G. stieß eine auf dem Tisch stehende brennende Lampe um, feuerte endlich 4 Schüsse auf die Frau und 2 auf den hinzugekommenen Vater der Frau ab. G. stellte sich der Polizei. Im Bericht des Pfarramtes heißt es: „G. hat bald nach seiner Schulentlassung die Heimat verlassen und ist

frühzeitig aller Zucht entwachsen; seine Physiognomie ließ immer vermuten, daß er zur Frechheit und Roheit geneigt sei; im Elternhause hat er meist ungünstige Eindrücke empfangen, da sein Vater dem Trunke ergeben war". Im Gefängnis wurde G. mehrfach bestraft wegen ungehörigen Benehmens, Verweigerung der Arbeit usw. Die Beamten der Strafanstalt sind der Ansicht, daß G. nach der Entlassung sofort wieder etwas anstellen wird.

Fall 108. B. B., Bierbrauer, geb. 15. IV. 75, aufg. 27. XII. 01. In der Familie des B. sollen zahlreiche Selbstmorde und Selbstmordversuche vorgekommen sein. Dem B. werden über sein sittliches Verhalten und seinen Fleiß bis zu seinem 18. Jahre die besten Zeugnisse ausgestellt; er wurde bei seinen Eltern erzogen; er war leicht erregt und jähzornig.

Vorstrafen: 1894 3 Tage Haft wegen Bettelns und 3 Wochen Gefängnis wegen Diebstahls, 1896 11 Monate Gefängnis und Versetzung in die II. Klasse des Soldatenstandes wegen gefährlicher Körperverletzung und Fahnenflucht. Jetzt 10 Jahre Zuchthaus wegen Totschlags; er betätigte dabei eine unglaubliche und abnorme Roheit und Leidenschaftlichkeit. B. lebte in Konkubinat, 1 Kind. Sein Geschlechtstrieb war sehr stark entwickelt; gelegentlich der Taufe seines Kindes koitierte er die Schwester seiner Braut in der gemeinschaftlichen Wohnung. Von seinen Mitarbeitern wurde er gefürchtet, da er leicht erregt wurde und mißtrauisch war. Bei der Arbeit war er fleißig. Im Zuchthause wurde B. ängstlich, verstört; er fürchtete sich vor seinen eigenen Erregungen und bat, ihn milde zu beurteilen. Zum Schlusse glaubte er, er würde vergiftet; er verweigerte die Nahrungsaufnahme und reagierte nicht mehr auf Anreden und Aufforderungen.

In der Klinik war B. anfangs apathisch, zwei Tage später trat plötzlich ein Umschwung ein. Er gab auf alle Fragen Auskunft. Später hatte er einmal einen kurzen Erregungszustand. Am 7. I. 02 wurde B. wieder in die Strafanstalt zurückgebracht. 1904 wurde er in eine Irrenanstalt überführt, nachdem er in der Strafanstalt Butzbach einen Angriff auf einen Aufseher gemacht hatte. Dauernd hatte er mit Verfolgungsideen zu tun, zeitweise lag er stupurös da, zu anderen Zeiten war er zugänglich, aber immer lauernd; er galt als einer der gefährlichsten Kranken. Im Juli 1909 erhielt er freien Ausgang, obwohl er noch immer an seinen alten Wahnideen festhielt. Er befindet sich noch dort, arbeitet fleißig, ist aber mißtrauisch und den Ärzten gegenüber verschlossen.

Fall 109. H. N., Gelegenheitsarbeiter, geb. ? 1865, aufg. 6. III. 08. Vater war wahrscheinlich angeboren schwachsinnig und Trinker, starb in einem Arbeitshause. Ein Bruder des Vaters starb nach 13jährigem Aufenthalte in einer Irrenanstalt, ein anderer daselbst nach 7jährigem Aufenthalte. Der Großvater soll ein eigentümlicher Mensch gewesen sein; die Geschwister des N. sind fast alle geistig minderwertig. Er selbst hatte als Knabe einen ziemlich schweren Unfall. Die erste Straftat, Unterschlagung, beging N. 1883; 1884 wurde er wegen Sodomie bestraft. 1886 zog er sich Syphilis zu. Im gleichen Jahre wurde er wegen Unterschlagung bestraft. In dieser Zeit wurde er oft wegen Trunkenheit verhaftet und in Krankenhäusern untergebracht. 1887 trieb er sich planlos an der holländischen Grenze herum, bis er im November als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt wurde. Mehrfach mußte er wegen Urlaubsüberschreitungen bestraft werden; in der Regel spielte Alkoholmißbrauch dabei eine große Rolle. 1889—91 wurde er 3 mal wegen Fahnenflucht zu mehrmonatlichen Gefängnisstrafen verurteilt. November 1893 wurde er vom Militär entlassen, 1894 trat er in die Fremdenlegion. Auch hier galt er als chronischer Alkoholist; er selbst erzählte, er sei oft wegen unerlaubter Entfernung bestraft worden. 1901 kam N. nach Europa zurück; sofort fing er das Vagabundenleben wieder an; er erhielt einige kleine Strafen. Am 3. I. 02 wurde er zum ersten Mal in eine Irrenanstalt verbracht und zwar, weil er nachts in Krämpfen liegend auf der Straße aufgefunden worden war; am 14. II. wurde er entlassen. Bis 1907 wanderte er umher; hie und da arbeitete er kurze Zeit, einigemal war er in Irrenanstalten untergebracht, darunter einmal fast 4 Monate, oft wurde er wegen der üblichen Landstreicherdelikte mit Haft und Gefängnis bestraft; der Alkohol war sein ständiger Begleiter. Während dieser Zeit hatte er einmal einen Einbruchsdiebstahl vorbereitet, sich aber keine schwereren Delikte zu schulden kommen lassen. Am 15. IX. 07 verübte er einen Raubmord. In dem über ihn abgegebenen Obergutachten heißt es, daß N. sich schon vorher in einem Zustande innerer Spannung und Erregung auf epileptischer Basis mit paranoischer Beimischung befunden habe und daß unangenehme Mitteilungen und Alkoholgenuß die Erregung derartig gesteigert hatten, daß die Tat zur Ausführung

gelangte. Während der Vorgutachter die Exkulpierung wegen „alkoholischem Wahnsinn" beantragte, sahen die Obergutachter in der vorliegenden Geistesstörung den Ausdruck eines epileptischen Degenerationsprozesses im Sinne chronischer geistiger Schwäche von solcher Stärke, daß man von einer chronischen Geistesstörung zu sprechen berechtigt sei; auf dieser Basis habe sich dann noch am 15. IX. 07 ein Erregungsausbruch entwickelt. In der Klinik bot N. das Bild eines schwer degenerierten Epileptikers. Er wurde freigesprochen und am 8. V. 08 in eine Irrenanstalt überführt; er ist sehr wechselnd, einmal äußerlich freundlich, dann wieder hinterlistig, tückisch, eventuell gewalttätig. Auch in der Anstalt gilt er für sehr gefährlich. Er liest und schreibt viel; einmal stellt er sich besonders fromm; ein andermal führt er gemeine Reden.

Fall 110. J. X., Schmied, geb. 19. IX. 94. Er wurde am 29. IX. 11 wegen Raubmordes zu 11 Jahren Gefängnis verurteilt. In der Mitteilung der Bürgermeisterei heißt es: „daß der Schmied X., solange derselbe in der hiesigen Gemeinde wohnhaft war, sich stets tadellos geführt hat. Der Vater ist wegen Trunksucht entmündigt und genießt einen schlechten Ruf". Der Pfarrer gab an, er habe keine Kenntnis aus eigener Erfahrung. „Was ich von verschiedenen Seiten gehört habe, berechtigt mich anzunehmen, daß X. im Grunde des Herzens ein gutmütiger und williger Bursche, aber auch infolge von Vererbung und Mangel an gediegener Erziehung bis zum 12. Jahre . . . etwas leicht zur Leichtfertigkeit hinneigt". Im Urteil heißt es, X. erwecke noch fast den Eindruck eines Knaben, er sei in die Hände und den unheilvollen Einfluß des Mittäters geraten und dessen Verführung unterlegen, geradezu als dessen Opfer anzusprechen. X. führt sich in der Strafanstalt sehr gut und wird sich nach Ansicht des Direktors, wenn er entlassen ist, draußen gut halten können und voraussichtlich keine neuen Straftaten begehen.

Fall 111. K. N., Schriftsetzer, geb. 7. V. 86. Er wurde am 25. IX. 12 wegen Körperverletzung mit tödlichem Erfolge zu $2^1/_2$ Jahren Gefängnis verurteilt. Vorher war nichts Nachteiliges über ihn bekannt. In der Beamtenkonferenz wurde protokolliert, daß die Tat jedenfalls in hochgradiger Erregung erfolgt sei. Hier gebe sich N. wahrhaftig. Es wurde ihm teilweiser, bedingungsweiser Erlaß der Strafe gewährt.

Fall 112. M. T., Arbeiterswitwe, geb. 18. IV. 63, aufg. 7. X. 98. Unehelich geboren, wuchs bei ihrer Mutter und ihrem Stiefvater auf; wurde gut behandelt. War bei einem Landwirte vom 14.—19. Jahre in Stellung, heiratete dann, bekam drei Kinder; will nach der Geburt des ersten Kindes sehr aufgeregt gewesen sein. 1890 starb ihr Mann. Mitte der neunziger Jahre Geburt eines unehelichen Kindes, welches sie gleich nach der Geburt erstickte. Sie wurde mit einigen Jahren Gefängnis bestraft. Juni 1898 gebar sie Zwillinge, die sie 16 Stunden nach der Geburt verbrühte. Sie wurde am 7. X. 98 zur Beobachtung ihres Geisteszustandes der Klinik überwiesen und am 18. XI. 98 in das Gefängnis zurückverlegt. Es konnte keine Geistesstörung im Sinne des § 51 St.G.B. festgestellt werden. T. wurde am 9. III. 99 zu sieben Jahren Zuchthaus verurteilt. Die Bürgermeisterei teilte uns über ihre jetzige Führung mit, daß sie sehr gut zu nennen sei.

Aus Fall 110 und 111 ersehen wir, daß eine noch so schwere Straftat allein nicht maßgebend sein kann, um einen Menschen für gemeingefährlich zu erklären. Auch die T. in 112 hat sich nach zwei schweren Delikten schon fast 10 Jahre gut gehalten. Allerdings muß man in diesem Falle daran denken, daß die Motive und Umstände, die zur Kindestötung führen, in der Regel ganz eigenartig sind und deshalb ein Vergleich mit anderen Delikten nicht zulässig ist.

In Fall 105—107 muß man sich wirklich fragen, warum man solche Leute wieder in die Freiheit läßt; man lese nur die Bemerkung über E. aus den Jahren 1911 in den Akten — er muß gefährlich erscheinen! Er mußte aber auch entlassen werden und tötete kurz darauf einen Menschen. Die Irrenärzte haben wenigstens noch das Recht, Kranke solange zu verwahren, bis sie nicht mehr gemeingefährlich sind, wie auch in Fall 108 und 109. Daß sich bei B. eine paranoide Erkrankung nach und nach entwickelt hat, ist wahrscheinlich; die Taten sind wohl kaum darauf zurückzuführen. Fall 109 ist vor allem deswegen interessant, weil Vagabunden in der Regel nicht zu aktiven Verbrechen neigen. Hier

handelt es sich, nachdem ein Einbruchsdiebstahl einmal vorbereitet, aber nicht ausgeführt worden war, um einen Raubmord. Eine Erklärung dafür finden wir darin, daß N. nicht nur ein Degenerierter, sondern auch ein Epileptiker war. N. ist auch in der Anstalt gefürchtet; der Zustand von B. hat sich soweit gebessert; daß er freien Ausgang erhalten konnte.

Fall 113. K. S., Arbeiter, geb. 28. III. 78, aufg. 26. VII. 05. S. war bis zu seinem 14. Lebensjahre bei seinen Eltern. 1899 wurde er zum ersten Male bestraft wegen Diebstahls zu 1 Jahr 2 Monaten Gefängnis, Ende 1901 wegen des gleichen Delikts in 4 Fällen zu 2 Jahren 7 Monaten Zuchthaus. Schon im Juni 1904 verübte er wieder mehrere Diebstähle; als er verhaftet werden sollte, erschoß er den Polizeidiener. Er wurde wegen Diebstahls und Totschlags zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt. Das Pfarramt gab folgende Auskunft, die Familie des S. sei untadelhaft, er selbst sei vielen schon geistesgestört erschienen, er habe einen gutmütigen Charakter; die Bürgermeisterei schilderte ihn als arbeitsscheuen, zum Diebstahl neigenden Menschen. Im Zuchthause ließ sich S. vielfach grobe Verstöße gegen die Hausordnung zu schulden kommen; der Anstaltsarzt hielt ihn für geistig minderwertig, aber nicht geisteskrank, bis im Juli 1905 nach einem heftigen Erregungszustand eine schwere psychische Hemmung auftrat. Infolgedessen wurde er in die Klinik überführt. Hier bekam er Anfälle, in denen er sehr erregt, das Gesicht stark gerötet, die Patellarsehnenreflexe gesteigert und Fußklonus deutlich vorhanden war; in der anfallsfreien Zeit wurden diese Erscheinungen nicht beobachtet. Im übrigen zeigte S. einen gewissen Grad geistiger Schwäche. Er wurde für strafvollzugsunfähig erklärt und am 29. XI. 05 einer Irrenanstalt zugeführt.

Fall 114. N. X., ohne Beruf, geb. 18. II. 52, aufg. vor 7 Jahren. War schwer erziehbar, lernte schlecht. Reichlicher Alkoholgenuß, neigte zu Betrügereien. Wurde vor 27 Jahren wegen Imbezillität entmündigt. Machte trotzdem maßlose Schulden. Er erreichte durch sein gewandtes Wesen, Lügen und Phrasen, aber auch durch Drohungen mit der Pistole immer wieder, daß man ihm Geld gab. Er wurde vor 7 Jahren auf Antrag seines Vormundes und auf Grund eines kurzen ärztlichen Zeugnisses in die Klinik aufgenommen, weil er unter dem Einfluß von Alkohol mit seinem Hauptgläubiger beschlossen hatte, daß sie beide Selbstmord begehen wollten. Der Gläubiger schnitt sich tatsächlich die Pulsader durch, während X. selbst sich nicht dazu entschließen konnte. Hier beruhigte er sich bald, war höflich, entgegenkommend, dabei von sich selbst sehr eingenommen. Neigung zu irgend einer Beschäftigung zeigte er nicht. 5 Wochen nach der Aufnahme wurde er trotz seines Widerspruchs in eine Irrenanstalt überführt, da er infolge seiner mehrfachen Drohungen mit Erschießen und der geäußerten Selbstmordideen für sich und andere gefährlich erschien, sowie durch sein kritikloses Schuldenmachen seiner Umgebung großen finanziellen Schaden zufügen könnte. Er querulierte anfangs viel, wurde später ruhiger und gleichmäßiger. Vor etwa $1^1/_2$ Jahren wurde er entlassen. Er besuchte mehrfach die Ärzte der Anstalt in vollkommenem geordneten Zustande; nur einmal war er angetrunken, war angeblich vorher auf einer Kirmes gewesen.

Fall 115. K. F., Maurer, geb. 24. II. 56, aufg. 21. XI. 04. Die Eltern sollen gesund gewesen sein; über seine Kindheit liegt nichts vor. F. heiratete 1880, seine Frau ist gestorben. Von 1888 an wurde er sehr oft bestraft stets wegen Diebstahls und Betrugs; bis 1899 verbüßte er 87 Monate Gefängnis und Zuchthaus; am 20. III. 03 wurde er wieder zu 4 Jahren Zuchthaus wegen des gleichen Delikts verurteilt. Er erhielt einige Disziplinarstrafen, führte sich aber sonst gut. Aus den Akten einer Strafanstalt geht hervor, daß er schon vor etwa 3 Jahren paranoide Züge aufwies; einmal ging er, da er von einem Aufseher Schlimmes fürchtete, zum Angriffe mit einem Messer über; er wurde damals nicht für krank gehalten und diszipliniert. Während des letzten Strafvollzuges, etwa $1^1/_2$ Jahre nach dem Beginn, wurde er verstimmt und traurig; er hatte Angst vor Hinrichtung oder Erschießen, Versündigungsideen und heftige Affektausbrüche; einmal versuchte er durch Erhängen, ein anderes Mal vermittelst eines Arbeitsmessers sich selbst zu töten.

In der Klinik, in der F. auf die Strafvollzugsfähigkeit hin untersucht wurde, war er ziemlich ruhig; zunächst weinte er noch oft und glaubte, es werde etwas mit ihm geschehen. Er dichtete gern Verse mit traurigem Inhalte. Später wurde die Stimmung besser; die paranoiden Ideen hörten allmählich auf. F. wurde einsichtig, arbeitete auf der Abteilung

oder im Garten und konnte am 23. XII. in den Strafvollzug zurückgeschickt werden. Über sein weiteres Leben ist nichts zu erfahren.

Fall 116. N. K., Metzger, geb. 2. V. 64, aufg. 2. V. 07. Die Eltern waren ehrenhafte Leute. K. lernte in der Schule mittelmäßig; seine Geschwister hatten einen guten Ruf. Von seinem 20. Jahre an kam er häufig mit dem Strafgesetze in Konflikt, anfangs wegen Roheitsdelikten, später wegen stets gleichgearteter Einbruchsdiebstähle; sie waren sich so ähnlich, daß aus der Art des Verbrechens auf den Täter geschlossen werden konnte. Die erste längere Freiheitsstrafe verbüßte er in einem Zuchthause von November 1889 bis Oktober 1893. Während dieser Zeit wurde er wegen mangelhafter Leistungen, unbotmäßigen Verhaltens und falscher Anschuldigung vielfach disziplinarisch bestraft. Er wurde mit dem Vermerk: „Führung mittelmäßig, in religiöser Beziehung schlecht" entlassen und für zwei Jahre unter Polizeiaufsicht gestellt. Aber schon am 14. März 1894 wurde er wieder wegen schweren Diebstahls in drei Fällen und Hausfriedensbruchs zu 7 Jahren Zuchthaus verurteilt. Ein Eintrag des Anstaltsgeistlichen vom 15. IV. 94 lautet: „K., ein alter Zuchthäusler, wieder da! Peitsche! Ein anderes Mittel zur Besserung gibt es überhaupt nicht; er ist ein verkommenes Subjekt, an dem alles verloren ist. Da er sich für unschuldig hält, ist keine Spur von Reue da . . . . Nach meiner Ansicht ist jede Besserung ausgeschlossen, sie müßte denn mit der Peitsche beigebracht werden". 1894/95 mehrfach schwere Disziplinarstrafen wegen Ungehorsams, Widersetzlichkeit usw. Am 21. VI. 95 bemerkte der Vorsteher: „. . . . macht den Eindruck, als ob sein Geisteszustand nicht ganz in Ordnung sei, hört . . . . schimpfen". 30. VIII. 95 schwerer Erregungs- und Wutanfall, beruhigte sich sofort bei Drohung mit der blanken Waffe. Strafe: 20 Peitschenhiebe, da alle bisherigen Maßregeln versagt hatten. Strafaufschub. 7. III. 96 Tätlichkeit gegen einen Aufseher; K. wurde durch mehrere Säbelhiebe verletzt. Nach der Heilung 30 Peitschenhiebe. XI. 96 mehrfach leicht erregt und widersetzlich. 28. XII. 96 Konferenz, in der K. für zurechnungsfähig gehalten wurde, doch wurde angeordnet, daß K. mit Nachsicht zu behandeln sei. 25. I. 97: Die gleiche Ansicht äußerte der Anstaltsarzt. 9. II. 97: Notiz des Arztes: „Stimmen hören". 17. IV. 97: Schwere Erregung mit Angriff; ärztliches Gutachten: keine Geistesstörung; 30 Hiebe. Ende 97 und Anfang 98 machte K. Bemerkungen, aus denen auf Beeinträchtigungsvorstellungen geschlossen werden mußte. XI. 98 beklagte er sich, weil er geärgert und Geräusch verursacht würde. 1899 äußerte er oft Verfolgungsideen, griff auch einmal einen Aufscher an, wurde aber nicht bestraft. 5. X. 99 Bemerkung des Arztes: „Geisteszustand, schon immer verdächtig, scheint sich zu verschlimmern". 1900 oft Sinnestäuschungen. 28. III. 01 Entlassen. Urteil des Arztes: „Geistig zweifelhaft, sonst gesund und arbeitsfähig.

Schon am 22. XII. 01 wurde K. wieder bei einem Einbruchsdiebstahle ertappt und erhielt dafür 1 Jahr 1 Monat Zuchthaus; für einen vorher begangenen Uhrendiebstahl erhielt er noch eine Zusatzstrafe. Am 10. XII. 03 wurde er als „unverbesserlich" entlassen; Zeichen geistiger Störung wurden nicht wahrgenommen. In den 3 folgenden Jahren scheint K. als Gartenarbeiter und Metzger sein Brot verdient zu haben. Zwischen dem 16. und 18. XII. 06 führte er einen neuen Einbruchsdiebstahl aus. In der Untersuchungshaft gab K. an, er höre immer seinen Namen und Schimpfworte rufen. Er wurde daher auf Grund des § 81 St.P.O. in die Klinik gebracht, wo er nichts Auffälliges bot. Im Gutachten wurde auf die psychopathische Veranlagung hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht, daß besondere Vorsichtsmaßregeln bei der Behandlung im Strafvollzuge nötig seien. K. wurde zu 3 Jahren Zuchthaus verurteilt.

Fall 117. L. C., Gerber, geb. 12. VI. 70, aufg. 7. VI. 10. C. ist unehelich geboren; über erbliche Belastung ist nichts bekannt. 1889 wurde er zum ersten Male bestraft wegen Bettelns, Landstreicherei und Obdachlosigkeit, dann am Schluß des gleichen Jahres wegen schweren Diebstahls. Schon acht Tage nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis wurde er wieder rückfällig und erhielt am 17. IX. 90 1 Jahr 3 Monate Zuchthaus. Am 2. VI. 92 wurde er wieder wegen schweren Diebstahls bestraft zu 4 Jahren Zuchthaus; er war im Strafvollzuge schwer zu behandeln und mußte mehrfach mit Dunkelarrest bestraft werden. In der Nacht nach der Entlassung aus dem Zuchthause wurde er bei einem Einbruchsdiebstahle ertappt; mit Rücksicht auf die große Gemeingefährlichkeit wurde er zu drei Jahren Zuchthaus verurteilt. 1899 ging er nach Österreich und scheint sich dort und in den Balkanländern einige Zeit aufgehalten zu haben. 1901 tauchte er in Deutschland wieder auf. Im Januar 1902 verübte er einen Diebstahl und wurde zu drei Jahren Zucht-

haus verurteilt. Er entsprang im September 1903 und wurde im Dezember des gleichen Jahres wieder verhaftet. Von 1905—1909 hat C. wenigstens zeitweise gearbeitet. Aus seinen Papieren ging hervor, daß er seine Stelle sehr oft gewechselt hat. Im Mai 1910 beging er den letzten Diebstahl. In der Untersuchungshaft wurde er stupurös; infolgedessen wurde er in die Klinik überführt. Hier wurde festgestellt, daß es sich um eine psychogene Psychose handle, daß aber auch manche Symptome simuliert seien. Sein Befinden besserte sich allmählich; er wurde zugänglich und beschäftigte sich. Am 12. X. 10 entwich er; am 29. XI. wurde er festgenommen und in das Untersuchungsgefängnis verbracht. In der Nacht vom 6. auf 7. III. 13 brach er in die Schlosserwerkstatt unserer Klinik ein.

Fall 118. L. T., Taglöhner, geb. 24. IV. 84. Nach 4 Vorstrafen wurde T. am 7. X. 04 wegen Urkundenfälschung zu 1 Jahre 4 Monaten Gefängnis verurteilt. In der Strafanstalt führte er sich schlecht, er erhielt wegen ungebührlichen Benehmens, schlechter Arbeit, Störens, Leugnens, Zuwiderhandelns gegen die Befehle Strafen. Eine Mitteilung des Polizeiamts lautete: „T. ist ein arbeitsscheuer, gewalttätiger, zu allen Schlechtigkeiten geneigter Mensch; er befand sich längere Zeit in einer Erziehungsanstalt". 1906 wurde er wegen Gefangenenbefreiung, im gleichen und folgenden Jahre wegen Diebstahls bestraft; dann hielt er sich gut bis 1912. Am 5. III. 13 wurde er wegen schweren Diebstahls im Rückfalle mit $1^1/_2$ Jahren Gefängnis bestraft. Seine Führung ist wieder nicht gut; er mußte bestraft werden wegen ungebührlichen Benehmens, weil er Mitgefangene schlug und beleidigte.

Fall 119. Q. T., Bäcker, geb. 27. I. 78, aufg. 17. IV. 02. T. führte schon als Knabe einen leichtfertigen Lebenswandel; er vagabundierte, faulenzte und neigte zum Stehlen. Die elterliche Erziehung ließ viel zu wünschen übrig. Die Schulbildung war sehr schlecht. Von 1894 an tat er kaum mehr etwas; er wanderte in der Welt herum bis 1897. Er wurde mehrfach bestraft wegen Bettelei, Hausfriedensbruchs und Diebstahls. Zuletzt wurde er am 8. V. 99 wegen schweren Diebstahls usw. zu 11 Jahren und 1 Monat Zuchthaus bestraft. Die Geisteskrankheit begann im Januar 1902. T. gab an, Stimmen zu hören, verfolgt zu werden, seine Organe würden verändert und ruiniert und dergleichen. Er wurde zur Beobachtung der Klinik überwiesen. Hier übertrug er seine Wahnideen auf die neue Umgebung auch auf seine Mutter, die ihn besuchte. Er drohte gegen die Ärzte aggressiv zu werden. Zeitweise verhielt er sich ablehnend. Am 31. V. 02 wurde T. der Polizei übergeben, die ihn nach Hause brachte; sie hatte die Absicht, ihn sobald als möglich in die Landesanstalt zu verbringen. Bevor sie aber ihre Absicht verwirklichte, war T. abgereist. Anscheinend kehrte er später in seine Heimat zurück; auf eine Anfrage vom 21. XI. 03 erwiderte die Bürgermeisterei, T. mache einen ganz vernünftigen Eindruck, es sei das Entmündigungsverfahren gegen ihn eingeleitet worden, aber nicht durchführbar gewesen, da sowohl der Kreisarzt wie auch das Gericht keine geistige Störung hätten wahrnehmen können. Leider war jetzt nichts mehr über T. zu erfahren.

Fall 120. H. K., Schmied, geb. 4. VII. 74, aufg. 28. VIII. 01. K. wurde in Russisch-Polen geboren. Er soll sehr gut gelernt haben. Die Eltern und Geschwister scheinen achtbare, strebsame Leute zu sein. K. wurde schon vor Vollendung des 13. Lebensjahres in Breslau, wohin die Eltern zogen, wegen Diebstahls und Hehlerei mit drei Wochen Gefängnis bestraft und nach Verbüßung der Strafe in eine Zwangserziehungsanstalt untergebracht bis 16. V. 87. 16. V. 87—16. IX. 87 Gefängnis wegen Diebstahls, bis 24. XI. 87 Zwangserziehungsanstalt; entwichen. Bis 28. XI. 87 in der Freiheit, wurde von der Mutter zurückgebracht. Bis 1. X. 88 Zwangserziehungsanstalt. Dann in der Lehre bei einem Schmied; er scheint sich leidlich gehalten zu haben. 13. VIII. 91—13. VIII. 92 Gefängnis wegen Diebstahls. VII. 93 neue Straftaten: Einbruchsdiebstähle, einfache Diebstähle, Widerstand gegen die Staatsgewalt, versuchte Gefangenenbefreiung, dafür erhielt er eine Zuchthausstrafe vom 10. XI. 93—30. VI. 98. Dort wurde er mehrfach bis April 95 im Lazarett behandelt wegen entzündeter Wunden, Harnverhaltung, Toben und Brüllen, Fremdkörper in der Hand; der Direktor des Zuchthauses schrieb Mitte 95 in die Personalakte, bedauerlicherweise stünden ihm keine härteren Strafen zur Verfügung für den „nichtswürdigen Buben", der eine Prügelstrafe verdiente und ihr auch sicher nicht entgehen werde, wenn er mit absichtlichen Verletzungen und Simulation fortfahren würde. Ende 95—Ende 97 erhielt K. zahlreiche Strafen wegen Faulheit und Frechheit. Anfang 98 versuchte er, sich noch einmal krank zu stellen. Das Schlußurteil in den Personalakten lautet: „. . . . hat sich ganz außergewöhnlich schlecht geführt, mußte sehr häufig wegen Faulheit, Frechheit und raffinierter Simulation mit strengen Strafen belegt werden. Er ist ein arbeitsscheuer

liederlicher Trunkenbold, der völlig ungebessert die Anstalt verläßt und sehr bald wieder hinter Schloß und Riegel sitzen wird".

Schon am 29. XI. 98 erhielt K. drei Wochen, am 28. I. 99 zwei Wochen und am 23. III. 99 vier Wochen Haft wegen Bettelei. Am 10. V. 99 wurde er wegen Hausfriedensbruchs zu 8 Monaten Gefängnis verurteilt. Er wurde in eine Irrenanstalt verbracht und verblieb dort bis zum 7. VII. Kaum war er wieder im Gefängnis, so fing das Toben wieder an; er zerschlug alles und wurde aggressiv. Er wurde wieder in obige Anstalt überführt, aus der er mit Hilfe eines selbst angefertigten Dietrichs am 5. XII. 99 entwich. In der Sylvesternacht 99/1900 wollte er eine verhaftete Prostituierte befreien und schlug bei der Gelegenheit dem Schutzmanne den Helm vom Kopfe. In der Haft fing er an zu toben; er wurde aber sofort gefügig, nachdem er kurze Zeit bei strenger Diät in der Tobzelle zugebracht hatte. Trotzdem wurde er auf ein Gutachten des Gerichtsarztes hin außer Verfolgung gesetzt und einer Irrenklinik überwiesen. Von dort reklamierte ihn aber das frühere Gericht; in dem von dieser geforderten Gutachten heißt es: „K. ist gegenwärtig nicht mehr als geisteskrank anzusehen, indes ist derselbe ein höchst gemeingefährliches Subjekt (Gewohnheitsverbrecher)". K. verbüßte nun die ihm auferlegte Gefängnisstrafe von 8 Monaten; während dieser Zeit stellte er sich wieder geisteskrank; die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik wurde aber von dieser abgelehnt, weil sie keine Garantie für sichere Verwahrung geben könne. Auch die zuständige Provinzialanstalt nahm ihn nicht auf, weil die geistige Störung nicht hinreichend festgestellt sei. K. blieb daher im Gefängnis. Mehrfach zog er sich Strafen zu; der Arzt war der Überzeugung, daß Bestrafung sogar nicht nur zulässig, sondern eventuell nützlich sei. Nach der Entlassung aus dem Gefängnis hielt K. sich nur kurze Zeit, ohne mit der Polizei in Konflikt zu kommen. Schon am 11. I. 01 wurde er festgenommen, weil er eine Dirne und deren Zuhälter mit Totschlag bedrohte; er brach aus dem Polizeigewahrsam aus, wurde aber wieder ergriffen. Sofort stellte er sich wieder geisteskrank und wurde auf Grund eines gerichtsärztlichen Gutachtens freigesprochen und einer Irrenanstalt überwiesen; auf Wunsch der Mutter wurde er am 25. I. 01 entlassen, da er sich ganz harmlos zeigte. Was er im Juni und Juli getrieben hat, ist nicht bekannt; im August wurde er bei L. aufgegriffen und verhaftet, da seine Legitimationspapiere nicht genügten; weil er beständig tobte, wurde er einer psychiatrischen Klinik überwiesen, aus der er am 7. VIII. entwich. Am Schlusse der Krankengeschichte heißt es: „Er macht keinen besonders dementen Eindruck. Dafür, daß er epileptisch wäre, fehlen alle Anzeichen. Vermutlich ist er ein latenter Paranoiker mit zeitweisen Paroxysmen. Ehe er eingehend geprüft werden konnte, war er weggelaufen."

Am 14. VIII. 1901 versuchte er in der Nähe von H. ein elfjähriges Mädchen zu überfallen und zu berauben. Er wurde auf preußischem Gebiete verhaftet und, da die Tat auf bayerischem Gebiete begangen war, am folgenden Tage der nächsten bayerischen Polizeibehörde übergeben; diese verweigerte die Annahme, da K. sich geisteskrank stellte und angab, er sei aus einer Irrenanstalt entsprungen; daraufhin ließ ihn die preußische Behörde laufen. Am 21. VIII. wurde er in G. nachts von der Polizei in einem fremden Anwesen überrascht. Im Gefängnis spielten sich die gleichen Szenen ab; er wurde daher der psychiatrischen Klinik überwiesen. Hier legte er von Anfang an ein in jeder Beziehung geordnetes Verhalten an den Tag. Er beschäftigte sich etwas, las viel und vertrug sich mit den anderen Kranken, als er bemerkte, daß er besonders stark bewacht wurde, wurde er mürrisch. Einmal meinte er, es sei doch konstatiert worden, daß er an Schwachsinn leide; wenn er in das Gefängnis zurückgebracht werde, käme er doch bald zurück. Jetzt könne man ihn nicht länger als sechs Wochen hierbehalten; später würde er einige Zeit in einer Landesanstalt untergebracht werden. Am 21. IX. entwich K. aus einer geschlossenen Abteilung; man fand nachträglich auf der Abteilung mehrere aus Löffeln verfertigte Dietriche, die zweifellos von K. stammten.

Aus einem von K. an die Klinik gerichteten Briefe geht hervor, daß er sich zunächst nach Belgien gewandt hatte; er wurde im Januar 1902 ausgeliefert, in eine Irrenanstalt gebracht und von dort dem Gefängnis zugeführt; trotzdem er vor und während der Verhandlung den wilden Mann spielte, wurde er wegen Diebstahls zu einem Jahre Zuchthaus verurteilt. Im März 1902 wurde gegen ihn in H. verhandelt; auch dort wurde er trotz seines wüsten Benehmens, welches wie gewöhnlich den Anschein einer geistigen Erkrankung erwecken sollte, bestraft, und zwar wegen versuchten Raubes zu 5 Jahren Zuchthaus, 10 Jahren Ehrverlust und Stellung unter Polizeiaufsicht. In der Begründung des Urteils

heißt es, daß es sich um einen gemeingefährlichen Gewohnheitsverbrecher handle, den man möglichst lange unschädlich machen müsse. Nach Angabe der Heimatbehörde befindet sich K. seit dem 24. XII. 04 mit kurzen durch Entweichungen bedingten Unterbrechungen dauernd in Irrenanstalten.

Fall 121. W. N., Taglöhner, geb. 4. X. 76, aufg. 24. VIII. 01. Vater sehr jähzornig, oft bestraft, erstach seine Frau. Die Erziehung des N. war sehr schlecht.

1894: wegen Diebstahls 4 Wochen Gefängnis.
1894: wegen Einbruchsdiebstahls 2 Monate Gefängnis.
19. I. 95: „ Diebstahls und Betrugs 6 Monate Gefängnis.
17. VI. 95: Entlassen.
14. VIII. 95: „ schweren Diebstahls 1 Jahr Gefängnis. Erhielt viele Disziplinarstrafen. Nach der Entlassung wahrscheinlich Landstreicherei.
9. IV. 97: „ Betrugs und Urkundenfälschung $1^1/_2$ Jahr Zuchthaus.
1. VII. 98: Entlassen
Ausgeprägtes Vagabundenleben, während dessen er 2 kleine Strafen erlitt.
12. XII. 00: „ Diebstahls i. w. R. $1^1/_2$ Jahre Zuchthaus.
19. VIII. 01: Ausbruch eines Erregungszustandes; er zerstörte, widersetzte sich den Aufsehern, grimmassierte beständig, antwortete nicht.
24. VIII. 01: Aufnahme in die Klinik auf Antrag der Gefängnisverwaltung. Nachlassen der Erregung, Fortbestehen von Beeinträchtigungsideen in Verbindung mit einem gewissen Schwachsinn. Mitte September Erregungszustand.
13. X. 01: Überführung in eine Irrenanstalt.
6. XI. 02: Entlassung aus der Irrenanstalt in den Strafvollzug.
VI. 03: Strafe verbüßt.
1904: „ Diebstahls i. R. 2 Jahre Zuchthaus.
1905: „ Sachbeschädigung (im Zuchthause) 1 Monat Gefängnis.
X. 06: „ Diebstahls in das Untersuchungsgefängnis und von dort wegen eines schweren Erregungszustandes
XI. 06: in eine psychiatrische Klinik; dort wurde festgestellt, daß es sich um eine leicht defekte Persönlichkeit mit vorwiegend psychogenen Erregungen und psychogen flüchtigen Wahnbildungen handle. „Ein großer Teil seiner Angaben beruht unserer Ansicht nach auf bewußten Lügen".
23. I. 07: Aus der Klinik entlassen.
XII. 07: „ Diebstahls i. w. R. in Untersuchungshaft und
08: bestraft mit 4 Wochen Gefängnis, nachdem vorher noch ein Gutachten einer Irrenanstalt eingeholt worden war, in dem N. als degeneriert aber nicht geisteskrank bezeichnet ist.
1910: „ Sachbeschädigung 3 Wochen Gefängnis.
20. I. 11: Aufnahme in eine Irrenanstalt zur Beobachtung auf Ersuchen des Landgerichts Essen.
2. III. 11: Zurück in das Untersuchungsgefängnis mit der Diagnose: Degenerative Veranlagung, nicht geisteskrank.
10. III. 11: Wieder in eine Irrenanstalt verlegt wegen tobsuchtsartiger Erregungszustände.
3. V. 11: Von dort entlassen.
VI. 12: verübte N. drei schwere Diebstähle.
16. XII. 12: Zu 4 Jahren Zuchthaus verurteilt.
30. VIII. 13: In die Irrenabteilung verlegt, weil er stumpf, ablehnend, ängstlich war, Verfolgungsideen äußerte und schmierte.
24. XII. 13: In eine Irrenanstalt überführt mit der Diagnose degeneratives Irresein; er befindet sich noch dort und hält noch daran fest, daß gewisse Gefängnisbeamte ihm übel wollten und ihn zu verderben suchten. Er arbeitet als Korbflechter.

Fall 122. B. X., Reisender, geb. 3. VI. 76, aufg. 11. X. 13. Unehelich geboren. Lernte in der Schule schlecht. Soll als Kind schon sonderbar gewesen sein. Erstes Delikt:

1895: wegen Diebstahls Verweis.
1896: „ Betrugs 2 Tage Gefängnis und 5 Mk. Geldstrafe.
1897: „ Betrugs und Urkundenfälschung 6 Monate Gefängnis.
14. V. 97: Irrenanstalt, da im Gefängnis eine Psychose ausgebrochen war.
13. VII. 97: Nach Hause entlassen; der Arzt erklärte den Grad der Geistesschwäche nicht für so hochgradig, daß er für seine Straftaten nicht verantwortlich gemacht werden könne.
30. VIII. 97: Sollen bei X. Krämpfe beobachtet worden sein.
26. X. 97: Neue Betrügereien; Verhaftung.
27. XI. 97: Auf Grund eines kreisärztlichen Gutachtens in eine Irrenanstalt verbracht.
20. V. 98: Der Direktor der Anstalt fordert dauernde Internierung wegen Gemeingefährlichkeit.
1. VIII. 98: Entwichen.
9. VIII. 98: Wieder eingeliefert, hatte inzwischen neue Betrügereien verübt.
6. XI. 99: Nach Hause beurlaubt.
3. IV. 00: „ Hausfriedensbruchs 3 Mk. Geldstrafe.
23. VI. 00: Irrenanstalt wegen Schwindeleien.
20. IX. 00: Entwichen.
18. X. 00: Wieder eingeliefert, hatte inzwischen wieder Betrügereien verübt.
27. XII. 01: Auf 14 Tage beurlaubt, wurde wegen Betrugs verhaftet und zurückgebracht.
5. IV. 02: Entwichen. — Nach neuen Betrügereien am
17. V. 02: wieder polizeilich zugeführt.
27. VI. 04: Versuchsweise zu seinem Bruder entlassen.
12. VIII. 04: wegen Betrugs wieder in die Anstalt verbracht.
7. VIII. 05: Zu seinem Bruder entlassen.
21. III. 06: „ Betrugs und Urkundenfälschung 4 Monate Gefängnis.
5. XII. 06 / 9. II. 07: „ Betrugs 10 Monate Gefängnis.
3. XI. 07: Irrenanstalt, von der er für zurechnungsfähig erklärt wurde.
25. IX. 08: Zurück ins Untersuchungsgefängnis und Verurteilung.
9. XI. 08: „ Betrugs und Diebstahls 2 Jahre 9 Monate Gefängnis. Einzelhaft soll vermieden werden, trotzdem bricht eine Psychose aus und muß X. am
19. V. 09: in eine Irrenanstalt verbracht werden.
15. VII. 09: Zurück in die Strafanstalt.
9. VIII. 09: Als nicht haftfähig entlassen.
10. IX. 09: Irrenanstalt, nachdem er mehrere Schwindeleien begangen.
29. VII. 11: In den Strafvollzug zurück, nachdem mehrere Eingaben um Wiederaufnahme des Verfahrens als unbegründet verworfen worden waren.
13. XI. 11: In ein Gefängnis mit Irrenabteilung verlegt auf Grund von zwei ärztlichen Gutachten.
10. I. 12: Auf seinen Wunsch in das alte Gefängnis zurückverlegt.
30. IV. 12: Für strafvollzugsunfähig erklärt und Aussetzen der Strafvollstreckung auf zwei Jahre erwirkt, infolgedessen am
6. V. 12: Überführung in eine Irrenanstalt.
24. V. 12: Entlassung zu seinem Bruder, da keine Zeichen geistiger Störung wahrgenommen wurden.
5. XI. 12: Freiwilliger Eintritt in eine Irrenanstalt, da er sich belästigt glaubt. Gutachten: wegen Neigung zu gesetzwidrigen Handlungen gemeingefährlich.
12. VIII. 12: Entwichen.
24. VIII. 12: Irrenanstalt, nachdem er schon wieder Schwindeleien begangen.
15. IX. 13: Entlassen in ein Krankenhaus zur Vornahme einer Operation.

11. X. 13: Freiwillige Aufnahme in die Gießener Klinik; X. behauptete, er würde verfolgt, war erregt, beruhigte sich aber bald wieder und bot außer einem geringen Grade von Schwachsinn nichts Besonderes; das Wesen war sehr anmaßend und patzig.
11. XI. 13: Entlassen.
13. XI. 13: Nachricht von der Polizeidirektion Frankfurt erhalten, daß X. sich am 27. und 29. IX. Betrügereien zu Schulden habe kommen lassen.
14. XI. 14: Aufnahme in die M. . .er psychiatrische Klinik, weil er erklärte, er werde verfolgt, man wolle ihn vergiften, er höre Stimmen. Er beruhigte sich aber bald wieder; zeigte dasselbe Wesen wie hier. Am
5. I. 14: in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich noch befindet.

Fall 123. K. B., Taglöhner, geb. 25. IV. 70, aufg. I.: 30. I. 97, II.: 18. XI. 03. B. ist unehelich geboren; er gab an, sein Stiefvater habe ihn schlecht behandelt, vom 5. Lebensjahre an sei er bei seiner Großmutter gewesen, nach der Konfirmation sei er zwei Jahre bei einem Bauer als Knecht gewesen. Der Bürgermeister schilderte B. als einen frechen und groben Menschen; der Lehrer sagte aus, er habe wenig gelernt, er sei mangelhaft begabt und wenig fleißig gewesen, auch sei er zu Hause nicht zum Lernen angehalten worden; oft habe er gezüchtigt werden müssen, was aber nichts gefruchtet habe. 1886 führte B. den ersten Diebstahl aus; 1890 wollte er aus einem Schrank Geld entwenden, wurde aber ertappt; ferner wurde er wegen Sachbeschädigung und Betrugsversuchs und 1891 wegen mehrerer Diebstähle bestraft. 1893 wurde er verurteilt wegen Zechprellerei, Stehlens einer Taschenuhr, heftigen Widerstands und Beleidigung bei seiner Verhaftung, Bettelns, Landstreichens und Betrugs. Aus den Personalakten der Strafanstalt geht hervor, daß B. äußerst beschränkt und in seiner Erziehung äußerst verwahrlost war; hie und da traten ohne äußere Veranlassung raptusartige Anfälle auf, in denen er das Zelleninventar zerstörte und sich auch einmal erheblich verletzte. Das Urteil der Strafanstaltsdirektoren lautete, daß B. geistig sehr beschränkt und ein durchaus verwahrloster Mensch sei, bei dem sich auch nicht ein Anknüpfungspunkt zur Einwirkung auf das Gemüt finde und dem der ehrliche Wille ganz und gar fehle; er sei gänzlich unfähig, in der Freiheit selbständig zu werden. Da B. die Einzelhaft nicht vertrug, wurde er auf seinen Wunsch in gemeinsame Haft genommen. Die Strafzeit endete am 19. V. 96. Gleich darauf verübte B. Zechprellereien und Diebstähle, darunter zwei Einbruchsdiebstähle. Im Untersuchungsgefängnis hatte er einen heftigen Erregungszustand; nachträglich gab er darüber an, er habe nie an sich gespürt, daß er nicht Herr seiner Handlungen sei; die Tat im Arresthause habe er in großer Aufregung begangen. Die Erregung wurde ausgelöst durch das Abschlagen seiner Bitte um Bücher.

In der Klinik, in die er auf Grund des § 81 St.P.O. aufgenommen wurde, schimpfte er anfangs in unverschämter Weise, später ordnete er sich unter und arbeitete fleißig auf der Abteilung. Nachts schrie er zuweilen plötzlich auf, schlief wenig und redete wirr. War keine Arbeit für ihn da oder wurde ihm eine solche abgeschlagen, so wurde er leicht erregt und heftig. Am 12. III. 98 wurde er der Gerichtsbehörde wieder übergeben. Im Gutachten heißt es: B. sei ein sehr schwach begabter Mensch und leide an transitorischen Geistesstörungen; die freie Willensbestimmung sei auch in der zwischen den Aufregungszuständen liegenden Zeit mit großer Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Zum Schlusse bemerkt der Gutachter, daß B. ohne Fürsorge, sich selbst überlassen mit Notwendigkeit der Vagabundage verfalle und hochgradig kriminell werde. „Es ist nun bei der Natur des Zustandes ersichtlich, daß er für die Detention einer Irrenanstalt ebensowenig geeignet ist, wie für den Strafvollzug in einem Gefängnis. Ebensowenig würde für ihn eine lediglich auf Detention angelegte Station für verbrecherische Geisteskranke passen. B. gehört in eine psychiatrische Kolonie, wie sie in Altscherbitz existiert, wo die Möglichkeit gegeben ist, seinen oft pathologisch gesteigerten Arbeitstrieb zur Geltung kommen zu lassen, während andererseits bei ausbrechenden Erregungen die Zentralanstalt die Möglichkeit einer raschen Sicherung bietet.

B. wurde auf Grund des § 51 freigesprochen und auf Antrag der Polizei wieder in die Klinik verbracht. An einem der ersten Tage hatte er einen Erregungszustand, dann hielt er sich ruhig und war fleißig, so daß er im Mai Sonntags freien Ausgang erhielt. Da er ihn nicht mißbrauchte, wurde für ihn eine Stelle auf dem Lande gesucht. Am 17. VI. 97 sollte er sie antreten; statt dessen ging er in eine Wirtschaft, betrank sich und verschwand ohne zu bezahlen. Er wurde eingeholt und in die Klinik zurückgebracht. Hier arbeitete er

wieder fleißig und erhielt nach einiger Zeit wieder freien Ausgang. Eines Tages kehrte er nicht zurück, sondern wurde später in betrunkenem Zustande von der Polizei gebracht; er soll bei der Festnahme rasend gewesen sein und mit dem Messer gedroht haben. In der Klinik hielt er sich wieder gut. Am 9. IX. wurde er zu einem Bauer entlassen. Schon am 12. kam er wieder in die Klinik und klagte, man habe ihn zu Arbeiten herangezogen, die er nicht verstanden habe und nicht habe ausführen können, er sei daher entlassen worden. Er ging von hier nach einem anderen Dorfe, um eine Stelle anzutreten, wurde aber schon am folgenden Tage wieder gebracht; beim Aussteigen aus dem Wagen gab er dem Kutscher einige Faustschläge und verschwand in der Dunkelheit; er konnte nicht eingeholt werden. Nachträglich stellte es sich heraus, daß er eine Scheune in Brand gesteckt hatte, wahrscheinlich aus Rache, weil er beim Betteln nichts erhalten hatte. Das Feuer war auf das Wohnhaus übergesprungen und hatte auch dieses eingeäschert. Im November 1897 wurde er verhaftet und in eine Irrenanstalt verbracht. Dort arbeitete er fleißig auf dem Felde und im Garten; er war leicht erregbar und stand im Verdachte, anderen Kranken Tabak abzunehmen. Im Oktober 1903 entwich er bei einem Feste.

Am 18. XI. wurde er auf Antrag der Bürgermeisterei wieder der Klinik überwiesen. Er soll gestohlen und gebettelt haben. Auf unsere Anfrage bei der Bürgermeisterei erklärte diese, B. habe seinen Verwandten gedroht, das Haus anzustecken. Hier verhielt er sich im allgemeinen ruhig und geordnet; nur hie und da trat ein Erregungszustand auf, der aber weniger heftig als früher war. Am 25. IV. 03 wurde er in eine Anstalt verbracht, wo er sich noch befindet. Er arbeitet fleißig als Schneider; die Stimmung ist sehr wechselnd; B. bringt oft gehässige, nichtige Klagen vor, ist schwer zufrieden zu stellen und droht gleich mit Gewalttätigkeiten.

Fall 124. X. G., Kaufmann, geb. 2. VIII. 81. G. wurde von 1908—1911 5 mal, davon 2 mal im Auslande wegen Eigentumsdelikten bestraft. Dann erhielt er am 16. XII. 13 wegen Urkundenfälschung und Betrugs 2 Jahre 10 Monate Gefängnis. Er hatte vielen Leuten mitgeteilt, er habe ein Inkassogeschäft eingerichtet, nahm dafür Abonnenten und erhielt von 28 Personen Geldbeträge in Höhe von 14 und 24 Mark; außerdem erschwindelte er noch von einer Witwe 952 Mark. Bei Festsetzung der Gesamtstrafe mußten noch 5 andere Strafen eingerechnet werden. Die Mitteilung des Pfarramtes lautete, die Familie sei gut, habe sich sehr viel Mühe gegeben, den Sohn auf anständige Wege zu bringen. Wenn es ihr nicht gelungen sei, so sei zum großen Teil die Frau daran schuld, sie sei arbeitsscheu und Trinkerin. In der Strafanstalt erhielt er zwei Strafen wegen schlechter Arbeit.

Fall 125. F. H., Kolporteur, geb. 12. X. 74, aufg. 2. VII. 03. H. ist erblich belastet. Schon mit 15 Jahren wurde er wegen Betrugs bestraft; dann folgte Strafe auf Strafe oder Irrenanstaltsaufenthalt. 1893 wurde zum ersten Male Geisteskrankheit festgestellt. Sommer 1896 bis Ostern 1897, ferner Oktober 1897 bis Mai 1899 und Oktober 1900 bis Mai 1902 war er in Irrenanstalten; zweimal gelang es ihm zu entweichen, doch wurde er jedesmal wieder zurückgebracht. Der Anlaß zu seinen Ergreifungen waren Betrügereien. Von der Direktion der einen Anstalt wurde er deswegen sogar für gemeingefährlich erklärt. November 1902 wurde die vom Vater beantragte Entmündigung durch das Gericht abgelehnt; es heißt in dem Beschlusse, daß das Gericht dazu neigen würde, die Frage, ob Geisteskrankheit vorliege, zu bejahen, daß aber eine etwa vorhandene Geisteskrankheit nicht die Wirkung habe, daß H. seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermöchte. In unserer Krankengeschichte finden wir am Rande die Bemerkung: „Es kommt nur darauf an, was man unter Angelegenheiten versteht." Nachdem H. wegen einer Betrügerei angeklagt, aber auf Grund des § 51 St.G.B. freigesprochen worden war, wurde er auf Antrag der Bürgermeisterei in die Klinik aufgenommen. Der Kreisarzt erklärte in seinem Zeugnis: „Die Krankheit . . . ist unheilbar und, wenn sie gebessert zu sein scheint, so hat der Kranke verstanden zu dissimulieren. — Ich halte den Kranken für gemeingefährlich und bin der Überzeugung, daß er dauernd in eine Irrenanstalt gehört und in den letzten Jahren aus dieser überhaupt nicht mehr hätte entlassen und dem menschlichen Verkehr hätte übergeben werden sollen." Während der kurzen Zeit, in der H. hier war, deutete er seine Wahnideen, z. B. sein Recht auf den Thron von Brasilien nur an; im allgemeinen verhielt er sich recht zurückhaltend. Am 11. VII. wurde er dem Kreisamte zugeschickt, da die Armenbehörde trotz mehrmaliger Mahnung sich um H. nicht kümmerte. Er wurde in eine Irrenanstalt verbracht, wo er bis zum 25. V. 04 verblieb. Er war freundlich und geordnet und gab selbst an, daß das, was er bisher geglaubt habe von seiner erlauchten Abkunft usw., unmöglich wahr sein könne.

Nach seiner Entlassung gründete er in F. eine Verlagsbuchhandlung. Das Geld dazu verschaffte er sich dadurch, daß er versiegelte Briefumschläge mit hohen Summen deklarierte, bei einer Bank deponierte und den Depotschein zu Betrügereien benützte, ferner dadurch, daß er Leuten, die bei ihm angestellt werden wollten, Kaution abnahm. Er wurde verhaftet, das Verfahren aber wegen Geisteskrankheit niedergeschlagen; der Staatsanwalt erklärte, er halte H. für gemeingefährlich und seine Entlassung nicht für angezeigt. Am 17. V. 06 wurde er wieder in eine Irrenanstalt überführt. Im allgemeinen war er ruhig und geordnet; nur hie und da war er erregt, zeigte sogar Neigung zum Angreifen. Nachdem er sich viele Monate gut gehalten hatte, wurde er am 10. X. 10 nach F. in eine Arbeitsstelle entlassen.

Wir konnten in Erfahrung bringen, daß er am 9. I. 13 wegen Betrugs zu einem Jahre drei Monaten Gefängnis verurteilt worden ist. Der Strafanstaltsdirektor berichtete am 21. II. 14 über ihn: „H. sitzt seit dem 16. Oktober vorigen Jahres im hiesigen Zentralgefängnis als Strafgefangener ein. Er hält sich im allgemeinen ruhig und bietet nach der Äußerung des hiesigen Anstaltsarztes ausgesprochene Zeichen einer geistigen Erkrankung gegenwärtig nicht dar. Eine Äußerung des Anstaltsarztes lautet weiter dahin: „Er — H. — gibt nur an, daß er nachts schlecht schlafe und viel grübele. Häufig sei sein Schlaf durch schwere Träume gestört, er glaube auch im Schlaf bisweilen Stimmen zu hören und wisse nach dem Erwachen nicht, ob es sich um Träume handle oder ob er tatsächlich Sinnestäuschungen gehabt habe. Er macht bei den Unterredungen meistens einen verschlossenen dabei aber recht selbstbewußten Eindruck". Ich selbst habe vielfach Gelegenheit genommen mit H. zu sprechen, da ich von der Strafvollstreckungsbehörde bereits darauf aufmerksam gemacht worden war, daß H. möglicherweise versuchen würde, Geisteskrankheit vorzutäuschen. Bei Vorlage der Strafakten fiel mir insbesondere ein ärztliches Zeugnis auf, in welchem es heißt: „Er — H. — ist ein äußerst gewandter Komödiant und hat bei seinem langen Aufenthalt in Irrenanstalten viel gelernt". Ohne jedoch hierdurch voreingenommen zu werden, habe ich den Eindruck gewonnen, daß H. geistig klar ist. Er hat stets die Haltung und die Redeweise eines großen Mannes. Er ist über alles klar orientiert, weiß gut zu beobachten und hat ein feines Empfinden für jedes, daß ihm als Unrecht erscheint. Der hiesige katholische Anstaltspfarrer, der lange Jahre hindurch Seelsorger an einer Irrenanstalt im Rheingau gewesen ist, hält H. für geistig nicht normal".

Fall 126. N. H., Gutspächtersfrau, geb. 3. II. 1861, aufg. 2. IX. 03. Vater war sehr nervös, Mutter stets traurig, Großvater väterlicherseits oft sehr erregt; beide Großmütter sehr lebhaft; eine Tante, ein Onkel und ein Vetter waren geisteskrank. H. lernte sehr gut, erteilte später in 6 Sprachen Unterricht, von denen sie 4 geläufig sprach. Sie heiratete etwa 1885 und hatte 5 Kinder. Lebte seit 1898 nach dem Tode des Mannes in Südamerika. — Vor und während der Menses war sie sehr aufgeregt und stark geschlechtlich erregt, so daß sie zu Bett bleiben mußte, damit es niemand merkte. In der letzten Zeit Zunahme der Erregung, war sehr vergeßlich und ganz unselbständig. Seit 1895 ist H. entmündigt. Sie wurde am 2. IX. 03 auf Antrag ihres Vormundes in die Klinik aufgenommen. In dem ausführlichen kreisärztlichen Zeugnis steht: „Die Gemeingefährlichkeit liegt darin, daß Pat. durchaus nicht mit Geld umgehen kann. Bettelt und borgt fortwährend und verschleudert andererseits jeden Pfennig". Der Vormund teilte mit: „Im Juni des Jahres kam sie als Reisebegleiterin zurück nach Deutschland . . . Ihr Aufzug war geradezu ein zerlumpter.... Ihr Einfluß auf die Kinder ist höchst verderblich. Füttern, umschmeicheln, allerlei verkehrte Ansprüche und Anschauungen in ihnen nähren, das ist ihre Liebeserweisung . . ." Zweimal habe sie die Rückreise nach Argentinien angetreten, sei aber nur bis Paris gekommen und nach Verbrauch des Reisegeldes völlig mittellos, noch dazu mit Pumpschulden zurückgekehrt. „Ihr Aufenthalt außerhalb einer Anstalt ist unmöglich wegen der Kinder, wegen der Brandschatzung des Publikums und ihrer sittlichen Haltlosigkeit. Sie schreibt nur ellenlange Briefe und sucht einen Mann." — Hier hielt sich H. leidlich, war verhältnismäßig indifferent, sprach gern über sexuelle Dinge, erzählte, sie habe in Argentinien mehrfach mit Männern verkehrt und am 10. XI. 00 ein Kind geboren. Am 4. III. 04 erfolgte die Überführung in eine Irrenanstalt, aus der sie später entwich. Ihr Vormund teilte uns am 23. II. 14 folgendes mit: „Nachdem die Genannte im Juli 1907 aus der Anstalt entwichen war, hat sie in Holland, England, Spanien in den verschiedensten Stellungen sich durchzubringen versucht, wobei sie jedoch mehrfach der Zuschüsse von hier aus bedurfte, dann längere Zeit in Callao sich aufgehalten; nun lebt sie seit Jahren in Santjago, zuerst von Stundengeben, dann versuchte sie's mit einem Konfektionsgeschäft, was aber mißglückte;

seit mehreren Jahren ist sie Leiterin einer blühenden Berlitzschule und hat ihr reichliches Auskommen. Zweimal hat sie den Antrag auf Aufhebung ihrer Entmündigung gestellt. Demselben habe ich aber beide Male widersprochen. Denn das Fortbestehen derselben ist ihr dort in keiner Weise hinderlich, dagegen würde die freie Verfügung über ihr Vermögen sie veranlassen, dasselbe in aussichtslosen Spekulationen alsbald zu verpulvern, wozu ich um so weniger glaubte, die Hand bieten zu dürfen, da man nicht wissen kann, ob dasselbe nicht später zu ihrer Versorgung hier in Deutschland oder in Chile dringend nötig ist. Ich glaube auch nicht, daß sie geistig gesund geworden ist. Es ist ja bewundernswert, wie sie sich durchschlägt und ihre glänzenden Gaben verwertet; ich glaube aber, daß ihre geordnete Lebensführung mehr auf den Zwang der Verhältnisse zurückzuführen ist, als auf psychische Heilung".

Fall 127. K. S., Glaser, geb. 10. IV. 92. S. wurde am 4. IX. 11 wegen Diebstahls in 4 Fällen zu 1 Jahre 3 Monaten Gefängnis verurteilt. Das Pfarramt teilte mit, es sei ihm nichts Nachteiliges über S. bekannt; die Eltern seien ordentliche Leute. Der Vater scheint den schlimmen Umgang seines Sohnes nicht beachtet zu haben. Durch letzteren ist der junge Mensch auf die schiefe Bahn geraten, auf der er leider schon ziemlich tief gesunken ist. Wir glauben aber, daß die Strafhaft bessernd auf ihn einwirken wird, wenn ihm mit der Zeit die Schwere seiner Tat, die über die alten Eltern und über die Schwestern viel Kummer gebracht hat, so recht zum Bewußtsein kommt." In den Akten finden sich folgende Bemerkungen des Strafanstaltsdirektors: „S., aus guter Familie stammend, stand mit Eltern und Geschwistern während der Strafverbüßung in regem Briefverkehr, aus dem er Anregungen zum Guten empfangen hat. Er ist in leichtsinnige Gesellschaft geraten und hat durch seine mit Raffinement ausgeführten Diebstähle seinen betagten Eltern . . . . so schweren Kummer bereitet, daß die Mutter darüber geisteskrank geworden ist . . . . Es ist zu hoffen, daß der zum ersten Male bestrafte S., durch das schwere Schicksal in seiner Familie ernster gestimmt, der ihm zu Teil gewordenen Gnade sich würdig erweist." — 2 Monate vor dem Strafende, am 6. IX. 12 wurde S. bedingt entlassen und schon am 5. II. 13 wurde er wegen zwei versuchter und zwei vollendeter Diebstähle wieder bestraft. Dieses Mal führt sich S. nicht gut; er mußte wegen Unbotmäßigkeit und Störens diszipliniert werden.

Fall 128. N. S., Primaner, geb. 22. IX. 95, aufg. 14. III. 14. Erblich belastet; lernte in der Schule gut, gehörte aber einer Gruppe „böser Schüler" an. Lernte Oktober 1913 eine Prostituierte kennen, mit der er im Dezember durchging, nachdem er von seinen Eltern Geld erschwindelt hatte. Als dieses verbraucht war, entschloß er sich dazu, dem französischen Militärattaché seine Dienste als Spion anzubieten. Die Antwort wurde aufgefangen und S. verhaftet; in der ersten Verhandlung schien S. die Tat tief zu bereuen; gemäß § 81 St.P.O. wurde er in die Klinik zur Beobachtung überführt. Es wurden keine Zeichen psychischer Störung wahrgenommen. Auch hier machte S. zunächst den Eindruck, als ob er seine Tat sehr bereue; kurz vor seiner Entlassung aber versuchte er einen Brief an die Prostituierte, mit der er verkehrt hatte, durchzuschmuggeln. Es heißt darin unter anderem: „. . . . Durch die Anzeige des . . . . wurde ich der Zuhälterei und Spionage beschuldigt. Die Zuhälterei habe ich natürlich geleugnet. Das andere konnte ich leider nicht, da der Schweinhund sich den Brief des Franzosen abgeschrieben hatte. Ich setzte mich nun sofort mit meinen Eltern in Verbindung, die mir Verzeihung gewährten und einen Rechtsanwalt stellten . . . . Im Knast habe ich nun sehr viel gelernt, was ich früher noch nicht wußte. Das wird mir in Zukunft sehr zu statten kommen. Ich mache Dir nun folgenden Vorschlag: Mit Hilfe meines Vaters werde ich schon eine gute Stelle bekommen, wo, das weiß ich nicht, ist mir auch ganz egal . . . . Du wirst Dir ja mittlerweile, soweit ich Dich kenne, einen Neuen zugelegt haben. Hoffentlich wird Dich das nicht hindern, mit mir auch noch zu verkehren . . . . Das alte Leben wollen wir natürlich nicht fortsetzen, doch hoffe ich jetzt neben dem Geld, was ich rechtschaffen verdiene, nebenbei noch so viel machen zu zu können, daß wir ganz gut durchkommen werden". S. wurde zu 5 Monaten Gefängnis verurteilt.

Wo man bei Eigentumsdelikten die Grenze zwischen gemeingefährlich, gemeinschädlich und harmlos ziehen soll, ist oft nicht leicht. Wer, wie S. in Fall 113, sich nicht scheut, den, der ihm in den Weg tritt zu erschießen, ist selbstverständlich gemeingefährlich; ihm kann man den zur Seite stellen, der

durch seine Betrügereien Familien ruiniert, sogar seine Gläubiger zum Selbstmord treibt, wie X. in Fall 114. In Fall 115—117 muß man sich fragen, ob es nicht besser gewesen wäre, die Verbrecher nicht immer wieder einige Tage aus der Strafanstalt herauszulassen, damit sie rasch wieder einen Diebstahl oder ähnliches begehen konnten. T. in Fall 118 hat sich wenigstens von 1906—1912 gut gehalten. Ob T. in Fall 119 sich gut gehalten hat, erscheint mir sehr zweifelhaft. Wer von ihm bestohlen worden ist, hat jedenfalls das Recht, sich über die gänzlich unzulänglichen Sicherheitsmaßregeln kräftig zu beschweren. Bei K. in Fall 120 war es möglich, den Lebenslauf bis jetzt zu verfolgen. Es ist, ebenso wie bei den Fällen 121 und 122, ein ganz trostloses Bild. In Fall 123 hatte B. nicht so schwere und auch nicht so viele Straftaten begangen, daß eine Entlassung nicht versucht werden durfte; sie mißglückte. Es erschien infolgedessen die dauernde Unterbringung in eine Anstalt notwendig.

Zwei in gewisser Beziehung recht gefährliche Individuen sind G. und H. in Fall 124 und 125. Gerade durch Gründungen von Geschäften in betrügerischer Absicht wird mit einem Schlage eine große Zahl gutgläubige Menschen um Geld, nicht selten um ihr ganzes Ersparte gebracht. Daß gerade in Fall 125 die Entmündigung abgelehnt wurde, ist sehr bedauerlich, aber vom Standpunkte des geltenden Rechtes aus betrachtet, verständlich.

In Fall 126 ging der Kreisarzt wohl zu weit, wenn er die H. für gemeingefährlich hielt, weil sie mit Geld nicht umgehen könne; allerdings kam noch hinzu, wie uns der Vormund berichtete, daß der Einfluß auf die Kinder sehr schlecht war.

Wie man sich in Menschen täuschen kann, geht aus Fall 127 und 128 hervor. Beide stammen aus guter Familie, bei beiden gibt sich der Vater Mühe, den Sohn wieder einem geordneten Leben zuzuführen; in Fall 127 ist es das erste Mal mißglückt, in Fall 128, fürchte ich, wird es mißglücken. Gerade dieser Fall ist noch besonders interessant wegen der Art des Deliktes, zweifellos einem der gemeingefährlichsten, die es überhaupt gibt, wenn es zur Ausführung kommt. Wir müssen uns hier fragen, ob S. nicht nach der Strafverbüßung von französischen Agenten, die seinen Namen ja jetzt kennen, umgarnt und, selbst wenn er standhaft bleiben möchte, sich durch große Versprechungen doch zur Spionage verleiten läßt.

Fall 129. K. B., Taglöhner, geb. 18. XII. 70, aufg. 11. VI. 03. Großmutter war geisteskrank. B. wurde bei seinen Eltern erzogen; er hatte noch acht Geschwister. Als Kind soll er gern für sich gewesen sein. Er lernte nichts, sondern arbeitete stets als Taglöhner. März 1894 heiratete er. Kurz darauf nahm er unzüchtige Handlungen an minderjährigen Mädchen vor. In der Untersuchungshaft brach ein Erregungszustand aus, der als Delirium tremens, zum Teil aber auch als Simulation aufgefaßt wurde. Er war dann drei Monate in einer Anstalt. Nach seiner Entlassung wurden die gerichtlichen Verhandlungen fortgeführt. Während dieser Zeit war er auf freiem Fuße. Am 31. Mai 1905 beging er das gleiche Sittlichkeitsdelikt. Als ihm Vorwürfe gemacht wurden, geriet er in heftige Erregung und lief auf die Straße, wo er sich halb entkleidet und „wie toll" gebärdet haben soll; er schlief im Freien und will erst morgens zu sich gekommen sein und nichts von der Straftat gewußt haben. Erst am 30. Juni 1895 wurde er verhaftet. Bald darauf verfiel er in einen stuporartigen Zustand. Er wurde auf Grund des § 81 St.P.O. einer Anstalt überwiesen; im Gutachten wurde er für zurechnungsfähig erklärt und infolgedessen vom Gericht zu 3 Jahren Zuchthaus verurteilt. Im dritten Jahre traten religiöse Wahnideen auf; man ließ ihn aber die Strafe weiter verbüßen, da er harmlos war. Im November 1898 wurde er entlassen. Schon im März 1899 wurde er wieder verhaftet wegen Exhibitionierens. Diesesmal erklärten die Sachverständigen, es handle sich um eine Paranoia. B. wurde daraufhin frei-

gesprochen und einer Irrenanstalt überwiesen. Die religiösen Wahnideen blaßten ab. Im Sommer 1900 verübte er an dem Töchterchen eines Angestellten ein Sittlichkeitsdelikt; im Februar 1901 entwich er aus der Anstalt und wurde erst im September wieder eingeliefert. Ein Jahr später wurde er entlassen. Aber schon nach einem halben Jahre beging er die gleiche Straftat wie früher. Er wurde zur Beobachtung gemäß § 81 St.P.O. der Klinik überwiesen.

Während des Aufenthalts in der Klinik bot B. nichts Besonderes; über seine religiösen Wahnideen teilte er mit, er sei zwar von seiner hohen Mission überzeugt gewesen; er sehe aber ein, daß alles unzutreffend sei. Einige nervöse Symptome konnten festgestellt werden. Über seine Straftaten gab er an, er habe stets unter einem eigentümlichen plötzlich auftretenden „seelischen Druck" gehandelt, dann habe er dem Triebe, Kinder zu betasten, nicht widerstehen können. Das Gefühl sexueller Befriedigung habe er nicht gehabt; nach der Tat sei er von Reue, Beschämung und tiefem Kummer erfaßt worden. B. wurde am 23. VII. der Gerichtsbehörde wieder übergeben. Er wurde freigesprochen und in eine Irrenanstalt überführt, da die Behörde die Ansicht des Gutachters teilte, daß er die öffentliche Sicherheit gefährde. Er entwich mehrere Male, wurde aber immer wieder zurückgebracht. Er war früher auf Grund der Diagnose Paranoia entmündigt worden. Während seines Aufenthalts in der Anstalt setzte er die Aufhebung seiner Entmündigung durch; in dem Gutachten heißt es, daß er „nicht mehr an Paranoia leide, wie sie zur Zeit des Entmündigungsgutachtens bestanden habe und zur Wahrnehmung seiner Angelegenheiten fähig erscheine". Dannemann, der diesen Fall veröffentlicht hat, schreibt über die Bemündigung: „Solange er in der Anstalt lebte, hatte es allerdings wenig Wert, daß B. einen Vormund besaß, denn Vermögen war nicht zu erwarten. Wäre ihm aber ein solcher bestellt gewesen, so wäre der Öffentlichkeit doch wenigstens ein Schein von Garantie gegeben worden, als B. nun im April 1906 auf Befürwortung der Anstaltsleitung hin abermals probeweise entlassen wurde. Herr seiner Handlungen begab er sich sofort in die nächste Großstadt und hier befindet er sich abermals in Untersuchungshaft wegen des eingangs erwähnten Deliktes".

Fall 130. K. J., Knecht, geb. 28. VII. 90. J. wurde wegen Notzucht vorbestraft; wegen eines Notzuchtsversuchs erhielt er am 29. IX. 09 $1^1/_2$ Jahre Gefängnis. Die Bürgermeisterei berichtete, J. sei ein guter Landarbeiter; er scheine ein ausgeprägtes moralisches Empfinden nicht zu besitzen. In den Akten finden wir folgende Bemerkung vom 14. II. 11: „Die Straftaten sind nicht Auswirkungen eines sinnlich erregten Augenblicks, sondern planmäßig überlegt und mit einer erschreckend-beängstigenden Konsequenz ausgeführt. J. beweist durch nichts, daß er seine tierischen Triebe sich übel nimmt oder unter energischer Zucht zu stellen gesonnen ist. Es muß doch als ein recht verantwortungsvolles Unternehmen bezeichnet werden, einen solchen, der öffentlichen Moral und Sicherheit gefährlichen Menschen in eine fremde Gemeinde zu importieren, wo er jetzt als Knecht Stellung finden soll". Aus dem Gefängnis wurde J. Ende Februar 1911 entlassen. Er bekam eine Stellung durch Vermittlung des Hilfsvereins. Schon im November 11 erhielt er wieder wegen Notzucht 5 Jahre Gefängnis.

Fall 131. D. P., Knecht, geb. 13. XI. 76, aufg. 9. IX. 03. Vater soll getrunken haben, lebte von seiner Familie getrennt; die Mutter war nach Aussage des Pfarramts eine rohe Person. P. war in der Schule ungezogen und faul, später frech, arbeitsscheu und heimtückisch, der, wie die Bürgermeisterei schrieb, sein größtes Vergnügen darin fand, Menschen und Tiere zu quälen und zu schädigen. 1896 wurde er wegen Hausfriedensbruchs bestraft, während der Militärzeit wegen einer Beteiligung an einer Schlägerei. Vom 22.—27. VI. 1901 beging er dreimal Notzucht und versuchte noch zweimal das gleiche Verbrechen; er wurde zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt. Schon am 14. II. 02 wurde er ängstlich und glaubte, er solle umgebracht werden; er gab an, nachts Stimmen zu hören; am 5. III. wurde er in die Gemeinschaftshaft verlegt. Er hielt sich dort bis zum 18. XII.: dann wurde er wieder ängstlich, blieb aber lenksam. Ende Juli 1903 verschlimmerte sich der Zustand, so daß er in die Klinik verbracht werden mußte. Hier trat allmählich eine Besserung ein; doch war die Stimmung noch sehr labil. Am 8. II. 04 entwich er. Erst am 26. II. 04 wurde er wieder verhaftet, gerade als er sich bei einem Einbruche beteiligte; er wurde der Klinik wieder zugeführt und am 16. III. der Polizei übergeben zum Zwecke der Weiterbeförderung in die zuständige Irrenanstalt.

Fall 132. L. X., Ingenieur, geb. 28. I. 84, aufg. I.: 24. V. 10, II.: 3. VIII. 10. Will schon früh zur Onanie verleitet worden sein und sie sehr stark betrieben haben auch

ohne Rücksicht auf seine Umgebung. X. gab an, die Sucht, öffentlich zu onanieren, sei immer größer geworden. „Stundenlang hielt mich oft solche Erregung im Banne und trieb mich unstet umher; auch Samenerguß konnte diese Ekstase nicht niederdrücken. Erst vollständige Ermüdung und Mattigkeit brachten mich allmählich wieder zum ruhig denkenden Menschen zurück." X. wurde einmal wegen Exhibitionierens mit Geldstrafe bestraft, zweimal auf Grund des § 51 St.G.B. freigesprochen; zweimal war er längere Zeit, zuletzt 1 Jahr in einer Irrenanstalt. Aus der letzteren wurde er auf ein Gesuch ans Kreisamt hin entlassen. Aber schon nach 4 Wochen trat ein Rückfall ein; infolgedessen kam X. freiwillig am 24. V. 10 in die Klinik. Nachdem er sich etwas beruhigt hatte, wurde er am 5. VII. probeweise entlassen. Auf unseren Wunsch hin stellte er sich am 3. VIII. nochmals vor und blieb einige Tage hier; er hatte in der Zwischenzeit nicht mehr exhibitioniert.

Fall 133. H. X., Lehrer, geb. 25. VII. 75, aufg. 10. X. 03. Mutter ist zeitweise gemütsleidend. X. war in der Schule sehr ordentlich und fleißig. Mit $15^1/_2$ Jahren begann er angeblich zu onanieren. Er will 1895 schon einmal nervenleidend gewesen sein; er hatte zu der Zeit seine erste Stelle als Lehrer. 1897 war er vier Wochen in einem Sanatorium. Seit 1895 will er an erheblicher chronischer Obstipation leiden, welche nach seiner Ansicht die häufig bei ihm auftretenden Erektionen hervorruft. 1901 beging X. seine ersten unsittlichen Handlungen an Schülerinnen. Dieser Fall kam zur Kenntnis des Rektors, der es jedoch nicht für nötig hielt, gegen X. vorzugehen. Erst 1903, nachdem die Delikte sich gemehrt und schwerere Formen angenommen hatten, wurde eingeschritten und Anzeige erstattet. X. wurde auf Grund des § 81 St.P.O. in die Klinik eingewiesen. Es wurde festgestellt, daß X. an degenerativer Geistesstörung leide. Er wurde freigesprochen und am 31. V. 04 in eine Irrenanstalt überführt, wo er sich von Ende 1904 an gut hielt und fleißig beschäftigte. Er wurde am 9. IV. 05 zu seinen Eltern entlassen. Der Bürgermeisterei wurde Mitteilung davon gemacht. Sie teilte uns am 9. V. 14 mit, „daß dieser (X.) sich unseres Erachtens etwas gebessert hat. X. wohnt bei seinem Bruder und ist in der Landwirtschaft sehr tätig. Er ist gegen jedermann anständig, zeigt sich nur etwas zurückhaltend, so wie man zu sagen pflegt für sich."

Bekanntlich sind Internierungen bei Sittlichkeitsverbrechern verhältnismäßig oft ohne Einfluß; kommen sie heraus, werden sie sofort wieder rückfällig, wie B. und J. in Fall 129 und 130; in letzterem, sowie in Fall 131 handelt es sich um so schwere Delikte und um moralisch so tiefstehende Menschen, daß man in solchen Fällen nur Internierungen von langer Dauer empfehlen könnte. Anders liegt die Sache bei Exhibitionisten, wie in Fall 132; hier könnte wohl ständige Aufsicht genügen. In Fall 133 ist sehr merkwürdig, daß die dem X. vorgesetzte Behörde so spät eingriff.

Fall 134. C. X., geb. 31. I. 93, aufg. 24. IX. 08. Vater brutal; Mutter nervös, litt an Angstanfällen. X. hatte von jeher einen großen Hang zum Ausreißen und Herumstreifen, schlief oft in Scheunen und machte allerhand Unfug, wurde schon wegen Sachbeschädigung mit einem Verweise und wegen Diebstahls mit 3 Tagen Gefängnis bestraft. Es wurde festgestellt, daß die Anfälle von Wandertrieb alle 3—6 Wochen wiederkehren. X. selbst sagte darüber: „Ich kann nichts dazu, wenn das kommt, muß ich immerzu laufen". Er wurde in die Klinik auf Antrag des Kreisamtes aufgenommen. Hier wurden zeitweise Anfälle plötzlicher Erregung beobachtet, überhaupt war die Stimmung auffallend schwankend. Die Intelligenz war ziemlich mäßig. In den anfallsfreien Zeiten war X. leidlich gut lenkbar. Im Gutachten wurde vorgeschlagen, X. versuchsweise in eine geschlossene Zwangserziehungsanstalt unterzubringen. Am 11. II. 09 wurde er in eine solche überführt; er entwich aus ihr am 27. V. 12; seitdem ist nichts mehr über ihn zu erfahren. Die uns von der Anstalt gesandte Mitteilung lautet: „Daß X. während seines Aufenthaltes in unserer Anstalt dieselbe wiederholt heimlich verlassen hat. Er war zeitweise recht schwer zu dirigieren. Wir haben ihn als lügnerisch und diebisch, unbotmäßig und faul kennen gelernt. Neben manchem anderen war eine besondere Eigentümlichkeit auch noch seine Neigung zu Tierquälerei."

Fall 135. D. C., Kind, geb. 1. IV. 99, aufg. 2. I. 08. Vater arbeitsscheu, Trinker; oft bestraft, zuletzt wegen Sittlichkeitsvergehens an einem Kinde. Mutter geistig und sittlich tiefstehend. Bruder seit 1901 in Zwangserziehung, Schwester und C. selbst seit 1904.

Die beiden Schwestern waren zusammen bei einem Landwirt untergebracht; die gleichen erzieherischen Einflüsse wirkten auf die Entwicklung der Kinder ganz verschieden: C. war frech, log, stahl, hatte schlechte Zeugnisse, ihre Schwester war willig und kam gut vorwärts. C. war in sexueller Hinsicht trotz ihrer Jugend vollkommen orientiert, forderte Knaben zum Koitus auf, stopfte sich Sand in die Genitalien. In die Klinik wurde sie am 2. I. 08. zur Beobachtung aufgenommen; C. war in ihrem Betragen sehr wechselnd, vertrug sich im allgemeinen schlecht, war unfreundlich, ungehorsam und hie und da auch gewalttätig. Es wurde ein erheblicher Grad von Schwachsinn festgestellt. Am 6. VII. 08 wurde C. in eine Zwangserziehungsanstalt überführt. Der Vorstand der Anstalt teilte uns am 19. III. 14 folgendes mit: „C., welche sich seit 6. Juli 1908 in hiesiger Anstalt befindet, hat sich körperlich normal entwickelt und auch in geistiger Hinsicht recht befriedigende Fortschritte gemacht. Ihr Betragen dagegen gibt auch jetzt noch sehr oft Veranlassung zu ernstem Tadel. Namentlich kommt sie sehr oft in Differenzen mit dem Pflegepersonal und den Mitpfleglingen, während sie die Autorität der Anstaltsbeamten und Lehrer anerkennt, und ihnen gegenüber ein sehr schüchternes Wesen zeigt. Dabei ist sie verlogen und gewalttätig. Besonders aber ist sie geschlechtlich aufgeregt und überaus „mannstoll". Sie benötigt daher strenge Anstaltsaufsicht und Erziehung.

Fall 136. J. O., geb. 17. VI. 91, aufg. 15. IV. 09. Eine Schwester ist imbezill. O. lernte spät sprechen, lernte sehr schlecht in der Schule und blieb dreimal sitzen; er war verschlossen. Mit 16 Jahren kam er in schlechte Gesellschaft. Er trieb sich dauernd umher, ohne zu arbeiten. Der Versuch, ihn bei einem Meister etwas Ordentliches lernen zu lassen, schlug 2 mal fehl. Er wurde 2 mal wegen Unterschlagung und mehrfach wegen Bettelns bestraft. Am 15. IV. 09 wurde er auf Antrag des Armenamts in die Klinik aufgenommen, um festzustellen, ob Aussicht auf Besserung bei geeigneten Maßnahmen erwartet werden könne. O. erwies sich als leicht schwachsinnig; der Begutachter hielt ihn für beeinflußbar in gutem Sinne und beantragte die Unterbringung in eine Erziehungsanstalt, und zwar in eine geschlossene wegen seiner Neigung zum Fortlaufen. Am 26. VIII. 09 wurde O. in eine entsprechende Anstalt überführt. Zurzeit treibt sich O. nach Aussage seiner Heimatbehörde als Landstreicher in der Welt herum.

Fall 137. M. H., geb. 21. VIII. 92, aufg. 23. III. 08. Eine Tante soll schwachsinnig sein. H. lernte erst im dritten Jahre gehen und sprechen. In der Schule kam er nur mit Mühe voran. Er blieb oft ohne Grund aus der Schule. Sein Lehrer erklärte: „H. ist ein gering beanlagter Schüler, der aber in jeder Weise die erforderliche Einsicht besitzt und weiß, daß er nicht stehlen darf. Er ist ein hinterlistiger und heimtückischer Mensch, bei dem die Ermahnungen von Schule und Haus vergeblich sind." Der Pfarrer gab an: „Der Junge saß immer so stumpf und teilnahmslos da . . . . Antwort gab er fast nie . . . . soll bei allen Streichen, die begangen wurden, der Rädelsführer gewesen sein. Alles in allem erweckte er durchaus den Eindruck, als ob er geistig nicht normal sei". Schon mit 14 Jahren erhielt H. einen gerichtlichen Verweis wegen Sachbeschädigung und Hausfriedensbruchs. Mit 15 Jahren wurde er wegen Diebstahls zu 14 Tagen Gefängnis verurteilt und zur Zeit der Aufnahme in die Klinik schwebte gegen ihn ein Verfahren wegen Einbruchsdiebstahls. Das Gericht beschloß die Untersuchung auf den Geisteszustand, gleichzeitig beantragte der Staatsanwalt die Einleitung der Zwangserziehung „zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens". Die Untersuchung ergab, daß es sich um einen angeborenen Schwachsinn handelte. Im Gutachten heißt es: „. . . . . Es steht zu befürchten, daß er in sittlicher Hinsicht völlig degeneriert, zum Gewohnheitsverbrecher wird. Es ist deshalb ratsam, durch Unterbringung in einer geschlossenen Erziehungsanstalt auf ihn einzuwirken . . . . Nach Beendigung der Zwangserziehung wird die Frage zu erwägen sein, ob er dann zu selbständiger Lebensführung entlassen werden kann oder ob weitere Fürsorge und Aufsicht bei ihm notwendig ist". H. wurde am 27. V. 08 entlassen und in einer Erziehungsanstalt untergebracht. Vom 20. IV.—X. 09 war er bei einem Gärtner in der Lehre, brannte dort durch, hielt sich bei seinen Eltern bis 29. XI. 09 auf und beendete dann seine Lehrzeit bei einem anderen Gärtner. Seit 29. VII. 11 hatte er verschiedene Gehilfenstellen; während dieser Zeit wurde er einmal wegen Wein-, ein anderes Mal wegen Fahrraddiebstahls bestraft. Sein jetziger Aufenthaltsort ist der Heimatgemeinde unbekannt.

Fall 138. G. T., Schüler, geb. 16. I. 96, aufg. 23. VII. 09. Der Vater war Fuhrknecht und daher fast den ganzen Tag nicht zu Hause. Die Mutter war schwächlich; nach ihrer eigenen Angabe hatte sie keinen Einfluß auf den Jungen; er war frech und ungezogen gegen sie, Züchtigungen blieben ohne Erfolg. In der Schule kam er nicht mit; der Lehrer

der Hilfsschule stellte ihm folgendes Zeugnis aus: er ist ein sehr unaufmerksamer und träger Schüler, macht seine häuslichen Arbeiten schlecht, besucht die Schule sehr unregelmäßig, neigt stark zu Trotz und hat schon einige kleinere Diebstähle an Mitschülern begangen. T. sollte in eine Erziehungsanstalt überwiesen werden; doch machte er während der Verhandlungen zeitweise einen geistig anormalen Eindruck. Infolgedessen wurde von der Bürgermeisterei der Antrag auf Aufnahme in die Klinik gestellt; sie erfolgte am 23. VII. 09. Hier hielt er sich unter strenger Aufsicht gut; der intellektuelle Schwachsinn war ziemlich erheblich. Es wurde geraten, ihn zunächst in eine Fürsorgeanstalt unterzubringen, zugleich aber bemerkt, daß später doch vielleicht eine Idiotenanstalt gewählt werden müsse. Die Entlassung erfolgte am 17. IX. 09. Am 2. II. 14 teilte uns die Anstaltsleitung folgendes mit: „Bei körperlich sehr guter Entwicklung war sein Betragen stets tadelhaft. Im Führungsbericht vom 1. Oktober 1910 wird er als faul, ungehorsam und verlogen bezeichnet, am 1. April 1911 als ungezogen und faul; am 1. Oktober 1911 wurde bemerkt, daß er unter dem Vorwand zum Pfarrer beichten zu gehen, oft den Gottesdienst geschwänzt und sich herumgetrieben hat, am 1. April 1912 registrierte der Führungsbericht unter anderem „Hang zum Vagabundieren". Aus der Anstalt war T. viermal entwichen und zwar am 20. Februar und 6. August 1911, am 19. Februar und 4. März 1912. Gewöhnlich entwich T. um Fastnacht zu feiern. Einmal entwendete er dabei seiner Großmutter einen größeren Geldbetrag und kaufte dafür für sich und seinen Kumpanen Larven und andere Sachen. Am 29. Dezember 12 wurde er zu einem Gutsbesitzer in der Nähe der Anstalt in Dienst gegeben. Dort entwich er im April 1913. Der Dienstherr war mit dem Zögling gut zufrieden, nur klagte er, daß der Zögling sehr verschlossen gewesen sei und auf Befragen kaum geantwortet habe. Am 26. Juni 1913 wurde T. wieder festgenommen und in eine andere Erziehungsanstalt verbracht. Auch hier entwich er am 12. August 1913, wurde aber am 22. August schon wieder eingeliefert. Schon am 28. August lief er wieder weg, trieb sich mit gleichalterigen Burschen herum und wurde verhaftet, weil er einen hohlen Baum angezündet hatte. Nun äußerte T. den Wunsch, zur See fahren zu dürfen. Am 27. September 1913 kam er an Bord des Seglers „Jahrstein" als Schiffsjunge. Mit dem Schiff machte er eine Reise, entwich in Norwegen und tauchte am 1. Januar dieses Jahres wieder hier auf. Am 23. V. wurde er an Bord des S. S. „Elbing" mit der Fahrtrichtung Australien als Trimmer untergebracht. Ob er im Seemannsberuf aushält, ist wohl fraglich, immerhin scheint er Neigung zu diesem Beruf zu haben."

Fall 139. X. T., Schreiner, geb. 29. VI. 82, aufg. 26. VI. 05. Der Vater war ein eigentümlicher Mensch; die Mutter soll als Mädchen Lues gehabt haben. Der Großvater väterlicherseits war angeblich Trinker. Mehrere Geschwister starben früh. Ein Bruder war imbezill, ein anderer vorbestraft, eine Schwester minderwertig, eine Tante epileptisch. T. selbst war als Kind schwer zu behandeln, von seinen Lehrern wird er als bösartig, frech, verlogen, faul, tückisch und widerspenstig bezeichnet. Nach der Schulzeit wollte ihn niemand längere Zeit behalten. Schon vom 14. Jahre an wurde er bestraft wegen Obdachlosigkeit, Betrugs, Diebstahls, Unterschlagung, Körperverletzung, versuchter Gefangenenbefreiung usw. Die letzte Strafe (2 Jahre 9 Monate Gefängnis) erhielt er am 21. IV. 02. Im Gefängnis gab es stets Reibereien, T. erwies sich als ein ganz unsoziales Element. Er glaubte, alle Beamte seien gegen ihn und wollten ihn um die Ecke bringen. Er wurde aus der Einzelhaft in die Gemeinschaftshaft versetzt und im Februar 1905 nach Verbüßung der Strafe entlassen. Kurz darauf verübte er einen an Raub grenzenden Diebstahl. T. wurde zur Beobachtung seines Geisteszustandes der Klinik überwiesen. Es wurde eine völlige moralische Idiotie und eine intellektuelle Schwäche mit schwachsinnigen Beeinträchtigungsideen festgestellt. T. war zeitweise depressiv und lebensmüde, manchmal drohend und aggressiv, dabei aber feige. Seine Zukunftspläne waren ganz absurd. Auf das psychiatrische Gutachten hin wurde T. freigesprochen und unter Hinweis auf die Gemeingefährlichkeit einer Irrenanstalt überwiesen. Während der ersten Jahre war T. stets sehr gereizt, schimpfte und drohte in ganz schwachsinniger Weise. Entwich mehrfach, 1906 und 07, wurde aber jedesmal in angetrunkenem Zustande zurückgebracht. In den letzten Jahren führte T. sich gut, so daß er 1910 mehrere Tage zu seinen Eltern beurlaubt werden konnte. Am 21. XII. 11 wurde er mit Einwilligung des Kreisamtes entlassen. Über seine weitere Lebensführung konnte nichts ermittelt werden.

Fall 140. L. Q., Schüler, geb. 5. VII. 87, aufg. 2. V. 1900. Keine hereditäre Belastung; Vater ist Maurer; die Mutter starb bei der Geburt des Q. Zwei Stiefgeschwister sind gesund. Schon früh war Q. sehr vergeßlich. In der Schule lernte er sehr schlecht,

seinen Mitschülern nahm er Gegenstände fort, kleinen Mädchen griff er an die Geschlechtsteile, zu Hause onanierte er. Kurz vor der Aufnahme stahl er aus einem Laden eine Schachtel Stahlfedern und verteilte sie unter seinen Altersgenossen. In der Klinik, in die er auf Antrag des Vaters aufgenommen wurde, war Q. zeitweise sehr störend und unruhig, neckte die anderen und schimpfte viel; er arbeitete oberflächlich und ohne Ausdauer. Die Schulkenntnisse waren sehr mangelhaft. Einmal Bettnässen. Am 19. V. wurde er von der Mutter abgeholt. Am 23. I. 05 wurde er auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft in der Poliklinik untersucht, weil er einen kleinen Jungen blutig geschlagen hatte. Es wurde festgestellt, daß Q. sich weder auf intellektuellem noch auf ethischem Gebiete gebessert hatte. Die Mutter klagte sehr, daß man kaum mehr mit ihm auskommen könne, verdienen könne er nichts, er treibe sich nur herum und habe, weil er leicht geneckt würde, immer Streit. Da es unmöglich war, ihn zu Hause zu halten, wurde er am 26. IV. 05 in die zuständige Heil- und Pflegeanstalt gebracht, in der er sich noch befindet. Nur unter strenger Aufsicht hält er sich gut und ist auch bei leichter Arbeit zu gebrauchen. Er neigt sehr zum Stehlen und onaniert viel.

Fall 141. X. H., Feinmechaniker, geb. 7. V. 91, aufg. 25. III. 09. Die Mutter ist nervenschwach; in der Familie der Mutter starben mehrere an Schlaganfällen in jungen Jahren. H. hatte bis zum 14. Jahre Krämpfe. Er lernte anfangs gut, später wurde er nachlässig. In der Lehre war er drei Jahre; sein Meister war zunächst mit ihm zufrieden. Ende 1907 starb sein Vater; von dieser Zeit an versäumte er oft seine Arbeit, beschimpfte seine Mitarbeiter, belog seine Vorgesetzten, trieb sich nachts herum, verkehrte mit Variété-Künstlerinnen, unterschlug seiner Mutter Geldbeträge und öffnete die Haustüre, welche seine Mutter versperrt hatte, mit Nachschlüsseln. Infolgedessen beschloß das Gericht seine Zwangserziehung. Er kam in eine optische Werkstätte und arbeitete dort einige Monate fleißig; im März 1909 wurde er wieder rückfällig. Er wurde daher zur Begutachtung vom Kreisamte in die Klinik eingewiesen. Es wurde festgestellt, daß H. leicht schwachsinnig ist, ferner im Gutachten darauf hingewiesen, daß H. unter geeigneter Leitung Brauchbares leisten könne, und empfohlen, ihn in eine geeignete geschlossene Anstalt unterzubringen, um ihn vor völliger Verwahrlosung zu schützen. H. war bis zum 2. XII. 10 in einer Erziehungsanstalt; seitdem arbeitet er als Mechaniker; der Bürgermeisterei ist nichts Nachteiliges über ihn bekannt.

Fall 142. L. T., Schüler, geb. 26. V. 86, aufg. 6. IV. 99. Mutter ist geistig minderwertig, kann weder lesen noch schreiben. Die Geburt des T. erfolgte durch Kaiserschnitt; die Entwicklung war leidlich. In der Schule saß er gewöhnlich in der Mitte. Am 9. III. 98 entwendete er mit einem anderen Knaben 40 kg Schrauben, die er dann wieder zu verkaufen versuchte. Am 9. II. 99 morgens gegen 8 Uhr wurde T. in einem total betrunkenem Zustande auf der Straße liegend von einem Schutzmann aufgefunden; er hatte dem Hausherrn seiner Eltern eine Flasche Schnaps gestohlen und diese mit einem anderen Knaben fast ganz geleert. Die häusliche Erziehung ließ sehr viel zu wünschen übrig. Einmal kam T. angetrunken in die Schule, mehrfach war er mit Ungeziefer behaftet und auch sonst in seinem Äußeren sehr vernachlässigt. Auf Veranlassung der Bürgermeisterei wurde er von seinen Eltern zur Beobachtung in die Klinik gebracht. Hier wurden keine intellektuellen Störungen festgestellt; im allgemeinen war T. fleißig, doch neigte er dazu, sich den getroffenen Anordnungen nicht zu fügen. Die anderen Kranken neckte er gern. Die Prüfung der ethischen Empfindungen ergab nicht unbedeutende Lücken. Am 29. IV. wurde T. von seinen Eltern abgeholt. Im Gutachten wurde angegeben, daß der Zwangserziehung keine Bedenken entgegenstünden. T. lebt jetzt in geordneten Verhältnissen als Anstreicher; er ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Fall 143. B. T., geb. 9. XII. 95, aufg. 1. VII. 11. Eine Schwester und eine Tante angeblich epileptisch. T. war als Kind sehr schwächlich, lernte schwer. Seit dem 13. Lebensjahre Anfälle, vielfach nach den Menses, bei denen sie sich mehrfach verletzte. 5. V. 08 gerichtlicher Verweis wegen Fundunterschlagung; 8. XI. 11 Eintritt in ein Mädchenheim, aus dem sie zweimal entwich; einmal fuhr sie in die Schweiz; sie wurde von einer Frau aus Mitleid aufgenommen; sie stahl gleich am zweiten Tage Geld und Eier und entfernte sich unbemerkt. Außerdem entwendete sie einem Kinde einen Geldbeutel mit 2 Mark. Nachträglich erzählte sie, in Basel habe ein Kutscher sie mitgenommen und, als sie in seinem Zimmer angekommen seien, geschlechtlich mißbrauchen wollen; den Namen des Mannes wisse sie nicht; es sei ihr gelungen, zu entfliehen. Ob diese Angabe auf Wahrheit beruhte,

ließ sich nicht sicher feststellen; doch gab T. in der Klinik selbst zu, daß die Erzählung lediglich Erfindung gewesen sei. Am 1. VII. 11 wurde T. zur Beobachtung in die Klinik aufgenommen; sie hatte hier keinen Anfall, war aber zeitweise verstimmt und gereizt. Ihre Intelligenz war ziemlich mäßig. Es wurde empfohlen, T. in einer geschlossenen Anstalt unterzubringen, und zwar in einer solchen, in der möglichst wenig Zöglinge seien, damit diese die sexuellen Regungen des Mädchens, die auch in der Klinik in Gestalt von Annäherungsversuchen an die Ärzte wahrgenommen wurden, nicht noch weiter reizen könnten. Am 16. IX. 11 erfolgte die Überführung in eine kleine geschlossene Erziehungsanstalt. T. ist nach Angabe der Bürgermeisterei zurzeit erwerbsfähig und hat eine Laufstelle.

Fall 144. K. L., Dienstmädchen, geb. 18. V. 84, aufg. 17. X. 99. Vater geisteskrank. Geschwister zum Teil mit starken sexuellen Trieben. Jugend sehr wechselvoll, wurde in den verschiedensten Familien untergebracht. War zuletzt von 1893 an 5 Jahre in der gleichen Familie, wurde gut, aber sehr wenig streng behandelt. Mußte die Schule vorzeitig verlassen, weil sie wiederholt auf ihre Mitschülerinnen unsittliche Angriffe machte. Von der Pubertät an war bei L. dauernd ein stark sexueller Zug bemerkbar; dabei große Neigung zum Lügen und Betrügen, teils um ihre Ziele zu erreichen, teils ohne Grund. Schon vor dem 14. Jahre bot L. sich einem Mann zum sexuellen Verkehr an und belog ihn in einer bei einem so jungen Mädchen kaum glaublichen Weise in bezug auf ihr Alter. Die Aufnahme in die Klinik am 17. X. 99 wurde durch das Amtsgericht veranlaßt; L. hatte ihrem Pflegevater und ihrem Vormunde, zwei vollkommen unbescholtenen Männern, nachgesagt, sie hätten unsittliche Handlungen an ihr vorgenommen. Es sollte in der Klinik festgestellt werden, was mit L. am besten gemacht würde. Der Gutachter sprach sich gegen die Unterbringung in eine Zwangserziehungsanstalt aus; er war der Ansicht, daß von dem erzwungenen Zusammenleben des Mädchens mit einer größeren Anzahl ethisch defekter und kriminell veranlagter Altersgenossinnen der erwünschte Erfolg voraussichtlich nicht zu erhoffen wäre. Er schlug vor, noch einmal die Unterbringung in einer Familie, in der L. streng gehalten würde, zu versuchen. In der Klinik hatte L. nie zu Klagen Anlaß gegeben, war stets entgegenkommend und hilfsbereit. Sie wurde am 24. I. 00 vom Vormunde abgeholt und in eine Dienststelle auf dem Lande untergebracht. Leider konnten wir über den jetzigen Zustand nichts erfahren.

Fall 145. N. E., Dienstmädchen, geb. 7. I. 88, aufg. 28. XI. 02. Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Schon in der Schule fiel die Neigung zum Lügen auf. Mit 13 und 14 Jahren führte sie, während ihre Mutter krank war, eifrig den Haushalt ihrer Eltern und sorgte gut für ihre Geschwister. Dann trat sie in Stellung als Dienst- und Kindermädchen. Am 8. VII. 02 gab sie ihrem schutzbefohlenen, ein Jahr altem Kinde Schwefelsäure, wodurch der Tod des Kindes nach kurzer Zeit eintrat. E. wurde am 29. XI. 02 in die Klinik zur Beobachtung gemäß § 81 St.P.O. aufgenommen. Es konnte nur eine gewisse Reizbarkeit, Neigung zum Lügen mit sexueller Färbung, zeitweiliger Mangel an Überlegung festgestellt werden. Ein Motiv für die Tat konnte nicht gefunden werden; man mußte annehmen, daß E. lediglich aus Neugierde gehandelt habe. Es konnte aber auch keine Reue und kein Mitleid mit dem Kinde oder den Eltern wahrgenommen werden. Auch den Aufenthalt im Gefängnis empfand E. nicht als entehrend; sie liebte ihn nur der Unbequemlichkeit halber nicht. E. wurde am 10. I. 03 in das Untersuchungsgefängnis zurückgeschickt und vom Gerichte verurteilt. Am 14. X. 04 hatte sie ihre Strafe verbüßt; da sie sich tadellos geführt hatte, wurde von einer Zwangserziehung abgesehen. Sie wurde durch Vermittlung des Schutzvereins in einer Dienststelle untergebracht. Ihr Pfleger, ein Pfarrer, teilte uns am 29. III. 06 mit, daß die Arbeitgeberin mit E. im allgemeinen zufrieden sei; nur periodenweise sei kaum mit ihr auszukommen; sie sei dann frech und launisch.

Die Heimatbehörde gab kürzlich folgende Auskunft: „E. ist hier . . . . verheiratet und besitzt mehrere Kinder. Sie hat sich hier noch keine strafbare Handlung zu schulden kommen lassen, doch ist ihr Leumund nicht der allerbeste".

Eine der wichtigsten Fragen ist die: Was soll man mit den jungen Leuten machen, welche als Kinder — vor allem in den Zwangserziehungsanstalten — nichts taugten, bei denen man voraussehen kann, daß sie zu Verbrechern werden? In Fall 134—140 wird von solchen Kindern berichtet; die Kinder aus den beiden ersten Fällen sind noch nicht aus der Fürsorgeerziehung heraus; nur mit Sorge werden sie später entlassen werden müssen. Was O. und H. in Fall 136 und

137 alles schon angestellt haben, wissen wir nicht, viel Gutes wohl kaum. Ob der Seemannsberuf T. in Fall 138 dauernd von Straftaten fernhalten wird, ist zum mindesten fraglich. Das beste Beispiel für den Lebensweg eines kriminell veranlagten Kindes ist der des T. in Fall 139. Es ist meines Erachtens sehr ungewiß, ob die Eltern T. nach seiner Entlassung genügend beaufsichtigen konnten. Q. in Fall 140 hätte wohl noch früher in eine Anstalt verbracht werden dürfen.

Zu einem geordneten Leben brachten es H. und T. in Fall 141 und 142; zweifellos trug bei ihnen die Erziehung nicht wenig dazu bei, daß sie auf die abschüssige Bahn gekommen waren. Auch in Fall 143 und 144 ist zu hoffen, daß die beiden Mädchen sich halten werden. Im letzten Falle muß man sich wundern, daß es trotz der schweren ethischen Defekte nicht wieder zu Straftaten kam.

III. Abschnitt.

Die Einteilung der Gemeingefährlichkeit.

Im 1. Abschnitt haben wir geschieden zwischen den Voraussetzungen und den zu befürchtenden Folgen bei der Gemeingefährlichkeit. Wir haben gesagt, daß zur Feststellung der Gemeingefährlichkeit als Voraussetzung die Krankheit selbst im allgemeinen genüge. Aus den Krankengeschichten müssen wir leider ersehen, daß bei Geisteskranken oft mit dem Einschreiten gewartet wird, bis ein Delikt begangen ist, daß es ferner aber auch Fälle gibt, in denen erst eine gemeingefährliche Handlung das deutliche Zeichen einer Geistesstörung darstellt oder wenigstens die erste berechtigte Handhabe zum Einschreiten gibt.

1. Kapitel.

Bei welchen Handlungen kann man den Täter als gemeingefährlich bezeichnen?

Zunächst müssen wir natürlich daran festhalten, daß eine, auch noch so schwere Straftat an sich keine Gemeingefährlichkeit bedingt. Andererseits fällt eine schwere Straftat zweifellos mehr ins Gewicht als eine leichte, wenn die Frage nach der Gemeingefährlichkeit eines Menschen entschieden werden soll.

Man muß, um den einzelnen Menschen gerecht zu werden, verschiedene Arten der Gemeingefährlichkeit unterscheiden. Verbrecher, die für die Allgemeinheit gefährlich, also im engsten Sinne des Wortes gemeingefährlich sind, sind z. B. die, welche gegen den 27. Abschnitt St.G.B. verstoßen, ferner Hoch- und Landesverrat begehen; es folgen die anderen mit schwereren Strafen bedrohten Delikte; durch sie werden so wesentliche Güter eines einzelnen Individuums verletzt, daß die Gefährdung des einzelnen der Gefährdung der Allgemeinheit gleichgesetzt werden kann. Dahin gehören u. a. die Verbrechen gegen das Leben, schwere Körperverletzung und Sittlichkeitsdelikte. Rothamel hält sich meines Erachtens zu eng an das Wort „gemein", wenn er sagt: „Es handelt sich um Schädigung, welche nicht bestimmte Individuen sondern größere Gruppen der sozialen Gemeinschaft oder einzelne Mitglieder derselben, aber infolge von zufälliger Verkettung ohne bestimmte Auswahl betreffen können". Ich glaube, daß auch ein bestimmtes einzelnes Individuum ein Recht auf Schutz hat und wir den Ausdruck „gemeingefährlich" entsprechend weit fassen dürfen.

Zu schwerer Körperverletzung ist vor allem auch die Übertragung von Infektionskrankheiten zu rechnen; Cramer (1905), Dannemann (1905) und Rothamel haben schon darauf aufmerksam gemacht, daß darin eine besondere Gefahr liegt. Ich erinnere nur an den Prozeß gegen den Impfgegner Dr. Spohr; sogar im Urteil erklärte das Gericht den Verurteilten für gemeingefährlich. Aschaffenburg (1906) führt als Beispiel die Verheimlichung einer Choleraepidemie an. Solche Fälle sind natürlich verhältnismäßig selten. Viel häufiger haben wir es mit der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten zu tun. v. Michaelis sagt: „Erklecklich hoch ist die Zahl derer, die der Lustseuche verfallen sind. Man denke sich das namenlose Unglück, das die Verbreitung der Syphilis in Familien anrichtet! Körperliches und seelisches Siechtum, zerrüttete und entnervte Existenzen, Wahnsinnige, Verbrecher aller Art!" Schultze (1912) meint, daß hier der Begriff „gemeingefährlich" besonders angebracht sei. Wir haben zwei Fälle, 15 und 63, bei denen in der starken sexuellen Erregbarkeit die Gemeingefährlichkeit erblickt wurde; in beiden Fällen war die bestehende Geistesstörung nicht für jeden sofort erkennbar. In Fall 15 wurde, als die Frage der Entlassung zur Erörterung kam, ausdrücklich in unserem Zeugnis auf die Wahrscheinlichkeit der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hingewiesen. Außerdem muß man sich fragen, ob nicht der Geschlechtsverkehr Geisteskranker deswegen eine Gefahr darstellt, weil durch ihn oft Kinder erzeugt werden, die mit geistigen und körperlichen Mängeln behaftet sind.

Von Eigentumsverbrechern sind natürlich die Räuber am gefährlichsten, aber auch andere können unter Umständen unter diese Gruppe fallen; betrachtet man Fall 114, so muß man sagen, daß ein Mann wie X., der durch seine Betrügereien einen Menschen zum Selbstmord getrieben hat, gemeingefährlich gehandelt hat. Auch die Eigentumsdelikte, durch welche mit einem Schlage eine große Anzahl Menschen ruiniert werden, können noch zu dieser Gruppe gerechnet werden, vor allem die Neugründungen in betrügerischer Absicht, wie in Fall 124 und 125. Das ungarische Gesetz über die Behandlung der gemeingefährlichen Arbeitsscheuen hat, wie Auer berichtet, gerade zwei Typen als besonders gefährlich gekennzeichnet: erstens die, welche sich dadurch erhalten, daß sie in öffentlichen Lokalen verbotene Glücksspiele betreiben und zweitens die, welche den Leichtsinn, die Unerfahrenheit oder den Schwachsinn anderer gewerbsmäßig ausbeuten. Van Hamel (1910) will die Möglichkeit einer Gemeingefährlichkeitserklärung nur bei Verbrechen gegen das Leben, Sittlichkeitsverbrechen, Diebstahl und Betrug gesetzlich festlegen.

Bei weiteren Delikten wird man nicht ohne weiteres von einer Gemeingefährlichkeit des Täters sprechen dürfen. Wer aber häufig Vergehen, wie leichte Körperverletzung oder Eigentumsdelikte begeht, fügt seinen Mitmenschen doch einen sehr erheblichen Schaden zu; es gibt sogar Autoren, wie Oba, die gerade in der Häufigkeit des Deliktes die Größe der Gefahr erblicken. Meines Erachtens könnte man hier von einer Gemeinschädlichkeit sprechen, einem Ausdruck, den das Statut für die Anhaltische Anstalt schon kennt, und den auch Dannemann (1905) schon verwendet hat. In diesen Fällen ist nicht das Delikt als solches, sondern die Häufigkeit der Begehung das maßgebende. Typische Beispiele für solche gemeinschädliche Individuen sind F. ir. Fall 115, welcher in 11 Jahren 87 Monate Gefängnis und Zuchthaus wegen Diebstähle und Betrügereien absaß, dann der Einbrecher in Fall 116, welcher 1889 zu vier

Jahren Zuchthaus, 1894 zu 7, 1901 zu 3 und 1906 wieder zu drei Jahren Zuchthaus verurteilt wurde, ferner K. in Fall 120, welcher seine erste Strafe schon vor Vollendung des 13. Lebensjahres erhielt und von da an den bei weitem größten Teil seines Lebens in Zwangserziehungsanstalten, Gefängnissen und Irrenanstalten zubrachte; auch N. in Fall 121 und X in 122 verübten, sobald sie nicht interniert waren, Eigentumsdelikte; X. hat sich von 1895 bis 1904 nicht einmal ein Jahr lang ununterbrochen draußen halten können. Während nach den Strafgesetzen nur dann ein Rückfall angenommen werden darf, wenn schon Bestrafung erfolgt ist, dürfte für eine Gemeingefährlichkeitserklärung die Häufigkeit der Handlungen maßgebend sein, wie z. B. in Fall 131, in dem P. vor der Bestrafung 3 Notzuchtsattentate beging und zwei zu begehen versuchte. Kronecker hat schon darauf hingewiesen, daß es bei Beurteilung des Rückfalles nicht darauf ankomme, ob der Täter bei den voraufgehenden Handlungen erwischt worden sei oder nicht.

Von den Sittlichkeitsverbrechen dürften u. a. die Erregung öffentlichen Ärgernisses und die leichten Fälle aus § 176 hierher zu rechnen sein; die schweren Fälle aus § 176 sind dagegen zur Gemeingefährlichkeit zu zählen. Merkwürdigerweise scheint der Rektor in Fall 133 diese Ansicht nicht vertreten zu haben; denn er ließ seinen Lehrer X. im Amte, obwohl er wußte, daß er an den Schülerinnen unsittliche Handlungen vorgenommen hatte.

Zur Gemeinschädlichkeit kann unter Umständen die Schädigung des guten Rufes gehören, wie in Fall 19, in dem ein Student, wie aus den mitgeteilten Briefen, die zum Teil als Flugblätter verteilt wurden, hervorgeht, seine Lehrer öffentlich verleumdete. Auch die Schädigung der eigenen Kinder in sittlicher Beziehung kann als etwas Gemeinschädliches aufgefaßt werden. Wenn Frau C. in Fall 33 ihren Mann in Gegenwart der Kinder mit „Hurenkerl, Sauhund" beschimpft und zu ihrer 14jährigen Tochter unter Hinweis auf den Vater sagt: „Da steht Dein Bursch, gib acht, daß er Dir kein Kind macht", so hat der Staat die Pflicht, die Kinder vor einer solchen Mutter zu schützen. Das bayerische Bezirksamt hat ja auch anerkannt, daß die schädlichen Einflüsse und Folgen, welche derartige Vorkommnisse auf die Entwicklung des Charakters der Kinder ausüben, nicht zu leugnen sind, es lehnte aber ein Eingreifen ab, weil die Sittlichkeit nicht öffentlich gefährdet worden sei. — Auch in Fall 30 und 56 mußten die Kinder die gemeinsten Ausdrücke anhören und in Fall 90 verlangte X. sogar von seiner Frau den Koitus in Gegenwart der Kinder. Nicht nur die seelische sondern auch die körperliche Verwahrlosung der Kinder kann, wenn sie einen erheblichen Grad erreicht, eine Gemeinschädlichkeit sein; so war es in Fall 126 unmöglich, der Frau H. die Erziehung der Kinder zu überlassen; in Fall 14 trat eine förmliche Zerrüttung des Haushaltes ein infolge der Erkrankung der Frau C.

Neben den gemeingefährlichen und gemeinschädlichen können wir drittens auch noch die gemeinstörenden Menschen nennen. Die Allgemeinheit hat ein Recht darauf, vor Personen, die ihr ständig lästig fallen, wie Bettler und Landstreicher geschützt zu werden. Man kann sogar noch weiter gehen und sagen, daß ein einzelner ein Recht auf Schutz hat, wenn er von einem Menschen dauernd in sehr erheblicher Weise belästigt wird, wie der Fabrikbesitzer in Fall 31, dessen Büroschreiber infolge von Wahnideen immer wieder um die Hand seiner Tochter anhielt.

Bisher war nur die Rede von solchen Handlungen, durch die andere geschädigt wurden; wie steht es mit solchen, durch die man sich selbst schädigt? Zweifellos kann ein Gesunder mit seinem Leben, seinem Körper und seinem Eigentume machen was er will, wenn durch diese Handlung nur kein Dritter geschädigt wird. Einen Geisteskranken sollte man vor derartigen Handlungen schützen dürfen und müssen; es ist unverständlich, daß manche Bestimmungen für Anstalten diesen Schutz versagen, so vor allem die preußischen und bayerischen. Wenn eine Anstaltsdirektion, um einen Sichselbstgefährlichen gegen seinen Willen halten zu können, dieses damit begründet, daß er auch Dritte verletzen könne, so ist das vielfach nur ein Ausweg. Jedenfalls will eine Bestimmung, die nur von „gemeingefährlich" spricht, nicht auch die schützen, die sich selbst gefährlich sind, wie deutlich aus der im I. Abschnitte mitgeteilten Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichtes hervorgeht. — Ein Fall von besonders hartnäckiger Selbstmordneigung ist Fall 75; E. erschoß sich 6 Tage nach der Entlassung aus der Klinik. Unser Regulativ gestattete nicht, ihn gegen seinen Willen zu halten; die neuesten Bestimmungen für die hessischen Landesanstalten hätten die weitere Internierung zugelassen. Leider besteht bei der Allgemeinheit keine Neigung, die Selbstmordgefährlichen den Gemeingefährlichen gleichzusetzen. Schultze (1912) hat auf die Reichstagssitzung hingewiesen, in der Rechtsanwalt Lenzmann sich bitter über eine wegen Selbstmordgefahr erfolgte Internierung wider Willen des Kranken beklagte. „Nur wenige Abgeordnete widersprachen ihm".

Wenn im folgenden von Gemeingefährlichkeit die Rede ist, sind immer die drei Gruppen und auch die Selbstgefährlichkeit darunter zu verstehen; wenn Gemeingefährlichkeit im engeren Sinne gemeint ist, so ist dieses ausdrücklich erwähnt.

2. Kapitel.

Die Beurteilung der Zukunft aus Gesinnung und Krankheitserscheinungen.

1. Die Geistesgesunden.

Neben einer oder mehreren Straftaten gebrauchen wir, um einen Menschen für gemeingefährlich erklären zu können, vor allem noch ein Merkmal: die verbrecherische Gesinnung. Aschaffenburg (1907) hat auf dem 28. deutschen Juristentage bei Besprechung der Rückfälle als 3. These aufgestellt: „Die Straftat ist nur als ein Merkmal zu betrachten, das im Rahmen der Gesamtindividualität zu werten ist". v. Engelberg glaubt, daß wir eine Gemeingefährlichkeitserklärung nicht auf zwei Gesetzesverletzungen stützen dürfen, daß man vielmehr dafür sorgen müsse, sagen zu können: das Gesamtleben des Betreffenden gebe uns die Überzeugung, daß er gemeingefährlich sei.

Aus dem I. Abschnitte können wir erkennen, daß die meisten Autoren sich nicht dazu entschließen wollen, von den Vorstrafen ganz abzusehen; das ist ja auch erklärlich; muß man doch, wenn man gleich nach der ersten Tat einen Menschen auf Grund seiner verbrecherischen Gesinnung hin internieren will, Zukunftsschlüsse ziehen, was zweifellos eine nicht zu unterschätzende Unsicherheit mit sich bringen wird. Engelen glaubt zwar, ein Richter könne

den „état dangereux" auch ohne Rückfall erkennen; van Hamel (1905) dagegen gibt dieses nur für einige Fälle zu; „meistenteils brauchen wir doch die Rückfälligkeit". Selbst Aschaffenburg schreibt: „Kann man sie (die Gefährlichkeit) gelegentlich ausnahmsweise schon bei der ersten Strafe vorhersagen, so kann man gelegentlich auch nach der zehnten Strafe nicht wissen, wie gefährlich der Täter und ob er es überhaupt ist". Ungarn hat sich in dem Gesetz „Über die Bestrafung der gemeingefährlichen Arbeitsscheuen" von 1913, worüber Auer berichtet hat, entschlossen, diese Menschen auch dann zu internieren, wenn keine positiven Tatbestandsmerkmale vorliegen, sondern nur gewisse Symptome, aus denen die Notwendigkeit der Bestrafung gefolgert werden kann.

Über die Gesinnung des Täters gibt ein Teil unserer Fälle gut Auskunft. In Fall 106 wurde nach dem ersten schweren Delikte vom Pfarramte darauf hingewiesen, daß E. sich nur in böser Gesellschaft herumtreibe, faulenze und trinke. Nach der dritten Tat lesen wir in den Strafanstaltsakten, E. habe seine Halt- und Willenlosigkeit so unzweideutig bewiesen, daß er auch fernerhin gefährlich erscheinen müsse. Wie treffend dieses Urteil war, geht daraus hervor, daß E. einige Monate nach der Entlassung aus der Strafanstalt einen anderen tötete. E.'s Mittäter X. (Fall 105) ist schon im Urteil als roher, brutaler, gemeingefährlicher Mensch gekennzeichnet worden.

G. in Fall 107 wurde vom Pfarramte als frecher und roher Mensch hingestellt; in der Strafanstalt mußte er mehrfach bestraft werden; die Beamten sind der Ansicht, daß er sofort nach der Entlassung wieder etwas anstellen wird.

In Fall 108 können wir aus dem Vorleben des Täters Schlüsse auf seine Gesinnung ziehen. Die Mitarbeiter fürchteten ihn wegen seiner großen Erreglichkeit und seinem mißtrauischen Wesen; er lebte in Konkubinat und koitierte am Tage der Taufe seines Kindes die Schwester seiner Braut. Er war vorbestraft wegen gefährlicher Körperverletzung. Ist es zu verwundern, daß ein derart roher Mensch im Zorn einen anderen ersticht? Die gleiche Tat könnte man G. in Fall 83 zutrauen, der seine Frau in der rohesten Weise mißhandelte, nichts arbeitete, nur trank.

Auch bei Eigentumsdelikten kann die Gesinnung des Täters für die Gemeingefährlichkeitserklärung den Ausschlag geben; wer, wie X. in Fall 114, sich mit der Pistole in der Hand Geld erpreßt, wer, wie er, seine Gläubiger zum Selbstmord treibt, ist zu allem fähig. Gerade die Frage ist auch bei Einbrechern von besonderer Bedeutung: wird der Einbrecher, wenn ihm jemand entgegentritt, sich zur Wehr setzen oder nicht? Bei K. in Fall 116 müßte man diese Frage ohne weiteres bejahen; denn erstens handelt es sich hier nicht nur um Eigentums-, sondern auch um Roheitsdelikte, zweitens wurde er während seiner Strafverbüßungen mehrfach gegen die Aufseher tätlich. Nichts fruchtete, selbst Peitschenhiebe nicht. Man lese den Eintrag des Anstaltsgeistlichen in den Akten; er gab K. schon 1894 auf und hat recht behalten.

Bei T. in Fall 118 stellte die Polizei 1904 die Prognose: zu allen Schlechtigkeiten geneigter Mensch. Auch ihr hat die Zukunft Recht gegeben; T. mußte 1906 wegen Gefangenenbefreiung und Diebstahls bestraft werden und sitzt jetzt wieder wegen Diebstahls. In der Strafanstalt führt er sich schlecht, schlägt und beleidigt die Mitgefangenen. K.'s Gesinnung in Fall 120 wurde schon

1895 vom Direktor des Zuchthauses richtig erkannt; er spricht von einem „nichtswürdigen Buben" und bedauert ihn nicht mit Stockhieben bestrafen zu dürfen. In den folgenden Jahren finden wir in den Akten neben den verschiedensten Diebstählen 1901 auch Bedrohung einer Dirne und ihres Zuhälters mit Totschlag und im gleichen Jahre Überfall auf ein 11jähriges Mädchen, um es zu berauben. Auch B. in Fall 123 wurde schon Mitte der neunziger Jahre von einem Strafanstaltsdirektor als ein durchaus verwahrloster Mensch geschildert, bei dem sich auch nicht ein Anknüpfungspunkt zur Einwirkung auf das Gemüt finde, und dem der ehrliche Wille ganz und gar fehle; B. steckte später eine Scheune an und bedrohte seine Verwandten mit Brandstiftung.

Eine besondere Gefahr stellen die Verbrecher dar, die auf ihr eigenes Leben keinen Wert legen. So hatten wir vor kurzem einen Einbrecher zur Beobachtung hier, der in der Untersuchungshaft zwei schwere ernstgemeinte Selbstmordversuche gemacht hatte. Er gab uns an, wenn er in eine Irrenanstalt komme oder bestraft werde, nehme er sich das Leben; es sei doch verpfuscht, er bringe es doch nicht mehr zu einem ordentlichen ehrlichen Beruf. Wir mußten den Menschen für zurechnungsfähig, aber haft- und verhandlungsunfähig erklären wegen einer psychogenen Depression mit Erregungszuständen. Sollte er die Strafe, die er zu erwarten hat, verbüßen, so wird er sicher in den ersten Tagen nach seiner Entlassung wieder rückfällig; wird er auf frischer Tat ertappt, so wird er keine Rücksicht nehmen, da er auf sein eigenes Leben auch keine Rücksicht nimmt.

Auch bei Sexualdelikten kann man nicht selten vorher beurteilen, ob ein Rückfall stattfinden wird oder nicht; so finden wir bei J. in Fall 130 am 14. Febr. 1911 in den Akten den Eintrag, J. beweise durch nichts, daß er gesonnen sei, seine tierischen Triebe unter energische Zucht zu stellen; die Bürgermeisterei hatte vorher schon erklärt, J. scheine kein ausgeprägtes moralisches Empfinden zu besitzen. Ende Februar 1911 wurde er aus der Strafanstalt entlassen und am 26. November 1911 zum dritten Male wegen Notzucht bestraft.

Um die Gesinnung des Täters zu beurteilen, darf man natürlich nicht zu großen Wert auf die Tat legen, mag sie auch noch so schwer sein, wie bei dem jugendlichen Raubmörder X. in Fall 110. Die Bürgermeisterei stellte ihm ein sehr gutes Zeugnis aus; das Pfarramt gab an, es sei berechtigt anzunehmen, daß X. im Grunde des Herzens ein gutmütiger und williger Bursche sei. Im Urteil heißt es, X. sei geradezu als Opfer des Mittäters anzusehen, in der Strafanstalt endlich führt X. sich sehr gut; er wird nach Ansicht des Direktors, wenn er entlassen ist, keine neuen Straftaten begehen. — Auch dem N. in Fall 111 wird das beste Zeugnis ausgestellt.

Selbst wenn ein Rückfall vorliegt, soll man erst genau die Gesinnung prüfen, bevor man über den Täter urteilt. Aschaffenburg (1905), Clement, Finkelnburg u. a. haben darauf hingewiesen, daß ein großer Teil der rückfälligen harmlos ist und Sommer betont in seiner Kriminalpsychologie, daß die Gleichsetzung von Rückfälligkeit mit ausgeprägter krimineller Anlage sehr bedenkliche Folgen haben könne. Ein guter Beweis dafür ist Frau T. in Fall 112. Mitte der neunziger Jahre verübte sie einen Kindsmord und wurde dafür mit einigen Jahren Gefängnis bestraft; im Juni 1898 verübte sie das gleiche Delikt an Zwillingen und erhielt 7 Jahre Zuchthaus. Nun lebt sie schon fast 10 Jahre draußen und hat sich sehr gut geführt.

Daß Irrtümer bei Beurteilung der Gesinnung, vor allem nach der ersten Straftat, vorkommen können, ist selbstverständlich. Wer hätte beispielsweise bei S. in Fall 127 angenommen, daß er kurz nach der Entlassung aus der Strafanstalt wieder rückfällig werden würde! Pfarramt und Strafanstalt stimmten beide in ihrem Urteile überein, daß nur die schlechte Gesellschaft S. auf die abschüssige Bahn gebracht habe und anzunehmen sei, er werde zu einem geordneten Leben zurückkehren.

In dieser Beziehung ist auch Fall 128 von Interesse. Bei der ersten Verhandlung und während des Aufenthaltes in der Klinik machte S. den Eindruck, als ob er die Tat bereue; er unterhielt — ebenso wie S. in Fall 127 — eine rege Korrespondenz mit seinen Angehörigen, was bei der ersten Verhandlung vom Vorsitzenden auch ausdrücklich als anerkennenswert betont wurde; seine Briefe machten einen durchaus ernsten Eindruck. Wie ein Blitz aus heiterem Himmel kam für alle Beteiligten der Brief, den S. kurz vor der Entlassung aus der Klinik an die Prostituierte, mit der er verkehrt hatte, schrieb. Ich habe ihn im zweiten Abschnitte teilweise wörtlich wiedergegeben. Ich hatte in der zweiten Verhandlung den Eindruck, daß S. seine Gefängnisstrafe lediglich diesem Briefe zu verdanken hatte; hätte er ihn nicht geschrieben, würde er mit Festungshaft davon gekommen sein.

Natürlich kommt es auch vor, daß man eine ungünstige Prognose zu Unrecht stellt, wie in Fall 84. Die Aussagen der Ehefrau, des Arbeitgebers, des Gendarmen des Heimatortes, endlich auch die zahlreichen vorhergegangenen Straftaten mußten zu der Überzeugung führen, daß C. sich draußen nicht werde halten können; tatsächlich hat sich C. nun schon über 10 Jahre gut geführt.

Auch in Fall 126 scheint uns und dem Vormunde der Frau H. die Zukunft Unrecht zu geben. Wir hatten H. für vollkommen haltlos gehalten. Sie hat aber bewiesen, daß sie — als alleinstehende Frau — in der Fremde imstande gewesen ist, ihren Lebensunterhalt zu erwerben. Der Vormund ist zwar noch skeptisch, muß aber selbst zugeben, daß es bewundernswert ist, wie die Frau sich durchschlägt.

Die 4 Fälle, die ich zuletzt erwähnt habe, sollen uns nur zeigen, daß wir nicht unfehlbar sind, und daß wir mit der Beurteilung der Gesinnung des Täters recht vorsichtig sein sollen. Sie sollen aber nicht den Eindruck verwischen, den die Besprechung der anderen Fälle gemacht hat, nämlich den, daß es in vielen Fällen möglich ist, die Zukunft eines Verbrechers vorauszusagen. Ob wir in gewissen Fällen auf den Rückfall ganz verzichten wollen, wenn wir Maßnahmen ergreifen, die für den Verbrecher besonders empfindlich sind, ist sehr schwer zu sagen; sicher gibt es Fälle, in denen man die Begehung eines schweren Verbrechens voraussagen und durch geeignete Maßnahmen verhindern könnte. Jedenfalls dürfen wir uns nicht an den im Gesetze festgelegten Begriff des Rückfalles halten.

2. Die Jugendlichen.

Die Frage, ob man aus dem Verhalten der Jugendlichen Schlüsse auf ihre Zukunft machen darf, ist zwar sehr wichtig, zugleich aber auch sehr schwer zu beantworten. Wir wissen ja, welchen unheilvollen Einfluß die Pubertät oft auf die Jugendlichen ausübt und wir können viel seltener als bei Erwachsenen voraussehen, welche günstigen oder ungünstigen Faktoren auf die Jugendlichen

noch einwirken werden. Trotzdem wollen wir an Hand der mitgeteilten Krankengeschichten versuchen, uns ein Urteil zu bilden.

Sehen wir uns zunächst die an, von denen wir wissen, was aus ihnen geworden ist. Bei T. in Fall 82 fällt der außerordentlich schlechte Einfluß des Vaters auf; selbst durch Briefe des Vaters wurde T. zu Ungehörigkeiten verleitet. Er stahl schon als Kind, beschädigte Grabmäler und quälte Tiere. Dieses rohe Wesen ist auch in seinem späteren Leben, besonders bei seinen Straftaten, immer deutlich erkennbar. Besonders roh war auch P. in Fall 131 als Kind; nach Aussage der Bürgermeisterei war seine größte Freude, Menschen und Tiere zu quälen; dazu kam noch sein heimtückisches freches Wesen. Er verübte als junger Mann drei Notzuchtsattentate und zwei Notzuchtsversuche. Auch T. in Fall 139 war von Jugend an heimtückisch, frech, verlogen und faul; mit 14 Jahren mußte er zum ersten Male bestraft werden; Eigentums- und Roheitsdelikte ließ er sich zu schulden kommen; im Gefängnis erwies er sich als ein ganz unsoziales Element; hier in der Klinik wurde festgestellt, daß es sich um eine völlige moralische Idiotie mit intellektueller Schwäche handle.

Einen anderen Typus stellen die Kinder dar, die störrisch sind und den erzieherischen Maßnahmen gleichgültig gegenüber stehen. Dahin gehört B. aus Fall 123. Bei ihm hatten Züchtigungen keinen Erfolg; dabei war er frech und faul; mit 16 Jahren verübte er den ersten Diebstahl; dann folgte ein Eigentumsdelikt dem anderen. Später gab sich die Klinik große Mühe, ihn geeignet unterzubringen, aber ohne Erfolg. Im Gegensatze zu B. hat sich T. aus Fall 103 zu einem geordneten Leben durchgekämpft; auch er galt als Kind für störrisch und gleichgültig. Er wurde in einer Erziehungsanstalt aufgezogen.

Als dritten Typus finden wir Kinder, die eine besondere Neigung zum Vagabundieren zeigen, wie T. in Fall 119; schon vom 16. Jahre an arbeitete er kaum, sondern wandelte umher, bettelte und stahl, bis er schließlich mit 21 Jahren wegen schwerer Eigentumsdelikte zu 11 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde.

Wir kommen nunmehr zu den Fällen, bei denen uns nur das Jugendleben bekannt ist. Die Prognose in Fall 134 dürfte besonders schlecht gestellt werden: es handelt sich hier um eine Vermischung des ersten und dritten Typus. X. zeigte eine besonders große Neigung zum Ausreißen und zugleich auch zur Tierquälerei; er log, stahl und war faul. Er entwich aus der Zwangserziehungsanstalt.

Mehr zum ersten Typus dürfte H. in Fall 137 zu rechnen sein; schon als Kind war er hinterlistig und Ermahnungen nicht zugänglich; mit 14 Jahren erhielt er einen gerichtlichen Verweis, mit 15 verübte er einen Diebstahl, mit 16 einen Einbruchsdiebstahl; infolge dessen kam er in eine Zwangserziehungsanstalt. Während der Lehrzeit scheint er sich ganz gut gehalten zu haben, nachher begann er wieder zu stehlen; es erscheint zum mindesten fraglich, ob er später ein geordnetes Leben führen wird.

Zum ersten und zweiten Typus könnte man E. in Fall 145 zählen. Zweifellos handelt es sich hier um einen schweren Fall von moralischer Idiotie; eine Besserung ist eingetreten, doch fragt es sich, ob sie anhalten wird. Ich glaube nicht, daß man in diesem Falle annehmen darf, daß sich der Charakter der Frau geändert hat. Die Auskunft der Heimatbehörde, daß ihr Leumund nicht der beste sei, dürfte für diese Annahme sprechen.

Fall 136 und 143 stellen Beispiele vom dritten Typus dar. O. treibt sich seit der Entlassung aus der Erziehungsanstalt in der Welt umher. Ob er gemeingefährlich oder gemeinschädlich werden wird, ist fraglich. T., welche mehrmals aus einem Mädchenheime entwichen war, scheint sich zurzeit zu halten.

Eine Verbindung zwischen dem zweiten und dritten Typus finden wir in Fall 138. Die Erziehungsanstalten, in denen F. untergebracht war, hatten sehr viel Mühe mit ihm. Man ließ ihn schließlich den Beruf wählen, zu dem er die meiste Neigung hatte, er wurde Seemann. Ob man die Prognose für das weitere Leben günstig stellen darf, erscheint fraglich. Jedenfalls wissen wir schon das eine, daß T. auf seiner ersten Fahrt das Schiff in Norwegen verließ. Mönkemöller warnt übrigens vor der Anstellung anormaler Elemente auf Schiffen.

Einen Typus für sich stellen die Kinder dar, die schon frühzeitig einen regen Geschlechtstrieb verspüren. Die beiden Mädchen in Fall 135 und 144 zeigen schwere ethische Defekte. C. forderte Knaben, L. Erwachsene zum sexuellen Verkehr auf. Bei beiden Mädchen bestand eine große Neigung zum Lügen. In Fall 140 liegt die Sache insofern etwas anders, als Q. auch auf intellektuellem Gebiete sehr schwach war. Ob in Fall 135 und 144 die sexuelle Erregung nach Ablauf der Pubertät abnehmen wird, läßt sich nicht sicher sagen, ist aber immerhin möglich, wenn auch die ethischen Defekte recht bedeutend sind. Birnbaum sagt, daß sich die sozial oft recht bedenklich geartete „Minderwertigkeit" der Pubertät bei Normalen mit der natürlichen Ausreifung wieder zurückbildet.

Ein erfreulicheres Bild zeigt H. in Fall 141; es besteht allerdings auch ein bedeutender Unterschied zwischen ihm und den bisher besprochenen Jugendlichen. H. hatte sich bis zum Tode seines Vaters gut gehalten; erst dann begannen die Ausschweifungen, allerdings in recht beträchtlichem Umfange. Es ist daher auch erklärlich, daß eine Zwangserziehung ohne Internierung keine dauernde gute Einwirkung ausüben konnte. Erst der Aufenthalt in einer Erziehungsanstalt führte H. wieder einem geordneten Leben zu. Auch in Fall 142 scheint mehr die ungenügende Erziehung und die schlechte Gesellschaft T. auf Abwege gebracht zu haben.

Die Frage, ob Jugendliche später gemeingefährlich werden, ist, wie ich schon sagte, sehr schwer zu beantworten; sie kann eigentlich nur zugleich mit oder nach der Beantwortung der Hauptfrage, wann Jugendliche unter gewissen Umständen kriminell werden, gelöst werden. In absehbarer Zeit wird Mönkemöller uns sicher ein großes Material zur Beantwortung dieser Frage vorlegen können, wenn er Erhebungen darüber angestellt hat, was aus den von ihm untersuchten Fürsorgezöglingen geworden ist. Das eine ist aber sicher, daß man bei manchen Bedenken haben muß, sie nach Ablauf der Fürsorgeerziehung aus der Anstaltspflege zu entlassen, z. B. bei X. im Falle 134. Mönkemöller konnte bei 7 unter den von ihm untersuchten Zöglingen die sichere Vermutung aussprechen, daß sie auch nach dem Abschluß der Fürsorgeerziehung nicht den nötigen inneren Halt besitzen würden, um sich eine sichere Existenz zu gründen. „Bei ihnen konnte man jetzt schon den trüben Werdegang so mancher Psychopathen ahnen, die direkt dem sozialen Verfall zutreiben und nach der üblichen Ausnützung der Unterkunftsstätten, die der soziale Parasitismus sich erschließt, der Arbeitshäuser, Zuchthäuser, schließlich der Irrenanstalt zutreiben".

3. Die Geisteskranken.

Wie schon im I. Abschnitt erklärt wurde, genügt zur Gemeingefährlichkeitserklärung eines Geisteskranken der Zustand; eine Straftat wird nicht verlangt. Dieses erschwert natürlich die Beurteilung. Schultze (1912) sagt: „Es wäre bedenklich, wollte man mit der Aufnahme warten, bis ein Unglück geschehen ist . . . . Weder darf eine unmittelbar bevorstehende, gewissermaßen schon hereinbrechende Gefahr gefordert werden, noch auch genügt jede bloß mögliche noch in weiter Ferne liegende Gefahr. Ein tatsächlicher Anhaltspunkt für die Annahme einer Gefährdung muß gegeben sein."

Am einfachsten liegt in der Regel die Entscheidung dann, wenn der Kranke eine Handlung begangen hat, die ihn als gemeingefährlich kennzeichnet, sei es, daß das Gericht sich schon mit ihm beschäftigt hat, sei es, daß die Geisteskrankheit so klar erkennbar war, daß ein gerichtliches Einschreiten von vorn herein unnötig erschien.

Leider sind die Fälle, bei denen derartige Handlungen abgewartet worden sind, nicht selten. Wir wollen im folgenden sehen, ob es nicht möglich ist, die Gemeingefährlichkeit schon aus dem Zustande des Täters allein rechtzeitig zu erkennen.

Am schwierigsten wird dies sein, bei den plötzlich auftretenden Erregungs- und Dämmerzuständen. Der Arzt in Fall 77 hatte recht, als er T. lediglich auf Grund der Verwirrtheitszustände für gemeingefährlich erklärte; wir sehen dieses deutlich am Fall 79; während des ersten und zweiten Dämmerzustandes war N. verhältnismäßig wenig aggressiv, auch der Dämmerzustand in der Klinik März 1906 verlief ohne Gewalttaten. Dezember 1905 und September 1910 war aber N. zweifellos gemeingefährlich. Auch in Fall 78 trat zwar der Dämmerzustand, in dem N. seine Umgebung mit dem Messer bedrohte, plötzlich auf, kurz vorher hatte er aber einen durchgemacht, der ganz harmlos verlaufen war. In Fall 76 waren auch Bewußtseinsstörungen vorausgegangen, so daß man nicht sagen darf, die Tat sei vollkommen überraschend gekommen; man muß aber doch gestehen, daß eine derartig schwere Bluttat kaum erwartet werden konnte. In Fall 87 wurde von den Sachverständigen angenommen, daß der Mord an dem Mädchen im Dämmerzustand begangen worden sei; aber auch hier hatte man schon früher gewußt, daß X. an anfallsweisen Zuständen litt, in denen er fortlief und strafbare Handlungen beging.

Wir müssen jedenfalls aus diesen Krankengeschichten die Lehre ziehen, daß Dämmerzustände eine große Gefahr mit sich bringen, und zwar eine so plötzliche, daß an ein Einschreiten oft nicht mehr gedacht werden kann, wenn man erst das Eintreten der Dämmerzustände abwarten wollte.

Es gibt auch Menschen, die im Dämmerzustande sich stets ganz gleichmäßig verhalten; dahin gehören vor allem die Sittlichkeitsverbrecher, wie T. in Fall 80 und U. in Fall 81. In beiden Fällen wurden die Bewußtseinsstörungen immer durch Alkoholgenuß ausgelöst; wir haben hier also nicht nur das eine Merkmal, daß der Kranke früher schon einmal Bewußtseinsstörungen durchgemacht hat, um auf weitere gefaßt sein zu müssen; es kommt noch als zweites Warnungssignal der Alkoholgenuß hinzu.

Überhaupt sind bei Alkoholikern bekanntlich plötzlich auftretende Erregungszustände nicht selten. In Fall 7 haben wir es mit einem Epileptiker,

der dem Trunke ergeben war, zu tun; in einem Delirium griff er seine Frau an und verletzte sie schwer. In Fall 29 handelt es sich um einen jungen, bisher harmlosen Potator, der einen Herrn, welcher seiner Mutter geraten hatte, ihm keinen Alkohol mehr zu geben, plötzlich zu erschießen drohte.

Gute Beispiele für Gewalttaten, die von Alkoholikern plötzlich ausgeführt wurden, finden wir unter den Fällen 82—85 und 88—90. Wenn man hier auch von einer plötzlichen Ausführung des Angriffes sprechen darf, so weiß die Umgebung doch ganz genau, daß der Täter trinkt und daß er in der Trunkenheit zu Gewalttaten neigt; man kann also nicht sagen, daß derartige Angriffe für die Umgebung überraschend kommen. T. in Fall 82 trank schon als Kind und war während seiner Militärzeit als streitsüchtiger Trunkenbold bekannt. C. in Fall 85 war wegen seiner Trunkenheitsdelikte 18 mal in einer Irrenanstalt und wurde 17 mal bestraft. In Fall 89 war T. 6 mal in unserer Klinik, 1898 zum ersten, 1913 zum letzten Male. Überhaupt ist keiner unter den genannten Fällen, in dem nicht die Trunksucht und Neigung zu Gewalttätigkeiten schon viele Jahre bekannt war.

Ich komme nunmehr zu den anderen Erkrankungen, bei denen plötzlich auftretende Erregungszustände vorkommen. Nicht selten sind sie bei Paralytikern, wie in Fall 92 und 93; doch besteht in den seltensten Fällen vorher ein Zweifel über die Diagnose. Aus Fall 94 entnehmen wir, daß ein Reiz von außen einen geistig Minderwertigen in die heftigste Erregung versetzen und zu den schwersten Taten verleiten kann. In Fall 91 haben wir es mit einer Taubstummen zu tun; ihr jähzorniges Wesen war bekannt, so daß die Erregungszustände nicht unerwartet kamen.

Eine der wichtigsten, zugleich aber auch eine der am schwierigsten zu beurteilenden Erkrankungen ist der Verfolgungswahn. Der Grad der Gefährlichkeit richtet sich nach der Art der Verfolgungsideen. Am gefährlichsten sind die Kranken, die nebenher noch Stimmen hören, welche ihnen eine Straftat auftragen; bei ihnen können die Entladungen ganz unvorhergesehen eintreten, so in Fall 1, in dem N. in einem Tobsuchtsanfall auf der Straße aufgegriffen wurde. In Fall 6 wurde dem S. zugerufen: „Schieß drauf los, es ist Mord, es dringt auf Mord."

Häufiger sind die Fälle, in denen die Stimmen keinen Befehl geben, sondern der Kranke sich lediglich gegen seine vermeintlichen Verfolger wehrt. In diesen Fällen werden die Kranken in der Regel zunächst nur die Verfolgungsidee ihren Angehörigen gegenüber äußern, wie E. in Fall 23 vor der ersten Aufnahme und B. in Fall 3, welcher plötzlich um Hilfe rief und fürchtete eine Mörderbande würde ihn umbringen. E. in Fall 57 glaubte sich jahrelang von seinen Vorgesetzten und Bekannten zurückgesetzt, bevor er zu Bedrohungen überging.

Sind die Verfolgungsideen sehr intensiv oder mit Sinnestäuschungen gepaart, wie in Fall 10, so können sie rasch eine Entladung herbeiführen; im genannten Falle wurde N. zugerufen: Wir haben ihn, er kann uns nicht entgehen. Infolgedessen schoß er auf eine vorübergehende Militärpatrouille. In Fall 27 handelt es sich um Geruchs- und vielleicht auch Geschmackshalluzinationen, welche das Ziehen an der Notleine und das Bedrohen des Eisenbahnpersonals mit einem Revolver herbeiführten.

In vielen Fällen werden die Kranken, bevor sie zum Äußersten schreiten, zunächst alles versuchen, um ihre Verfolger los zu werden oder sich vor ihren

Nachstellungen zu sichern. Sehr oft finden wir häufigen Wechsel der Stellung, wie in Fall 59 und 60. Dann versuchen die Kranken durch Beschwerden bei den Behörden sich von ihren Verfolgern zu befreien, wie M. in Fall 49. Glaubt ein Kranker vom Teufel verzaubert zu werden, so wird er, wie M. in Fall 22 und T. in Fall 34, dauernd beten; fürchtet er, daß seine Feinde schon in seiner nächsten Nähe sind, so wird er, wie K. in Fall 37, alles durchsuchen oder sich einschließen, wie F. in Fall 60. Hält er sich von seiner Frau hintergangen, wird er sie oft unerwartet kontrollieren, wie G. in Fall 17. J. in Fall 9 und S. in Fall 13 suchten sich durch Nahrungsverweigerung vor den Angriffen ihrer Verfolger, von den sie vergiftet zu werden fürchteten, zu schützen. Sehr energisch ging Frau N. in Fall 39 vor; sie ließ sich, weil sie glaubte, ihr Mann verfolge sie, einfach von ihm scheiden.

Sehen wir alle Krankengeschichten über die Kranken, welche an Verfolgungsideen leiden, durch, so werden wir keine finden, in der der Kranke plötzlich, ohne vorherige Andeutungen, gedroht hat oder aggressiv geworden ist, ausgenommen die wenigen, die ich zuerst besprochen habe, bei denen der plötzliche Angriff durchaus begründet erscheint. In Fall 35 scheint der Sachverhalt so zu liegen, daß der Kranke vorher Wahnideen geäußert hat, sie ihm aber nicht geglaubt wurden. Auch in Fall 66 zeigten die Angehörigen kein Verständnis für die Krankheitserscheinungen des S. Ähnlich muß wohl Fall 62 zu beurteilen sein; bei J. war schon 1905 die Veränderung seines Wesens aufgefallen, aber 1907 wurde er noch wegen Körperverletzung bestraft.

Können sich die Kranken von ihren Verfolgern auf eine ungefährliche Weise nicht befreien, so kommt es bei einzelnen zum Selbstmordversuch, wie in Fall 21, 32 und 33; die meisten bedrohen ihre Umgebung und manche greifen schließlich zur Waffe. Da die Kranken hierin die letzte Möglichkeit sehen von ihren Feinden loszukommen, gehen sie in der Regel sehr energisch vor; sie drohen mit einem geladenen Revolver, Messer, Beil, einer Heugabel; sie schießen und schlagen ohne jede Rücksicht. Unter den mitgeteilten Krankengeschichten befindet sich nur eine, in der der Kranke, nachdem er zunächst über seine Verfolgungsideen gesprochen hatte vor der Tat nicht auch noch gedroht hatte: Fall 61, in allen anderen Fällen von Verfolgungswahn ging die Drohung der Tat voraus.

Gute Beispiele für die Reihenfolge, welche die Kranken fast stets einhalten, sind Fall 12, 4 und 16. Im ersten äußerte X. zunächst 1897 Verfolgungsideen, 1899 drohte er, zum Fenster hinauszuspringen und einige totzuschlagen; erst 1902, nach einer Remission, griff er seinen Vater an und verletzte ihn. Die gleiche Reihenfolge finden wir bei M. in Fall 4; nur ist alles auf einen ganz kurzen Zeitraum zusammengedrängt: Am 25. VIII. glaubte M. sich verfolgt, am 26. suchte er Schutz im Offizierskasino; 2 Offiziere beruhigten ihn anscheinend für ganz kurze Zeit, aber schon am gleichen Nachmittage kaufte er sich einen Revolver, setzte sich in den Zug und legte den geladenen Revolver auf einen ihm gegenübersitzenden Herrn an. — In Fall 26 war den Angehörigen das Vorhandensein der Verfolgungsideen schon seit 1896 bekannt; seit Ende 1896 wußten sie, daß er einen Revolver hatte. Herbst 1897 hielt er in der Eisenbahn dem Schaffner, der nach der Fahrkarte verlangte, den Revolver entgegen. Zur Tat kam es in den beiden zuletzt genannten Fällen glücklicher Weise nicht.

Zu dieser Krankheitsgruppe gehören auch die Alkoholisten mit Eifersuchtsideen; bevor sie aggressiv werden, äußern sie zunächst ihre Wahnideen und drohen der Umgebung, wie O. in Fall 50, dessen Frau schon vor 1901 vor den Drohungen ihres Mannes flüchtete, aber erst 1902 von ihm verletzt wurde; in Fall 69 bestanden schon seit der Eheschließung Eifersuchtsideen und mehrfach hatte T. seine Frau bedroht, bevor er aggressiv wurde.

Wenn ich auch die Alkoholisten mit Eifersuchtsideen zu den vorher besprochenen Kranken mit Verfolgungsideen gerechnet habe, weil auch hier die Tat gewöhnlich erst langsam vorbereitet wird, so darf man doch das eine nicht vergessen, daß Eifersüchtige bei ihren Angriffen gewöhnlich nicht mit einer solchen rücksichtslosen Energie vorgehen, wie Verfolgte, es sei denn im Rausche. Das erkennen wir auch deutlich an der Art der Waffe, welche die Eifersüchtigen benutzen; sie drohen zwar mit Totschlag, wie X. in Fall 44, O. in Fall 50, L. in Fall 53 und T. in Fall 69; wenn es aber zu Tätlichkeiten kommt, so benutzen sie in der Regel nur die Hand oder einen Gegenstand, der gerade vorhanden ist, so O. eine Kanne und T. eine Tasse. Gefährliche Waffen werden nicht verwendet. Natürlich soll damit nicht gesagt sein, daß die rohe Handlungsweise der eifersüchtigen Alkoholisten nicht die schlimmsten Folgen nach sich ziehen könne. Es sei auch darauf hingewiesen, daß die Alkoholisten im Rausch, über die S. 98 berichtet wurde, oft zu sehr gefährlichen Waffen greifen.

Fall 49 kann hier nicht herangezogen werden, da neben Eifersuchts- auch Verfolgungsideen bestehen; wir finden in ihm die Ansicht bestätigt, daß Kranke mit Verfolgungsideen gefährlicher sind als solche mit Eifersuchtsideen; M. hatte zum Schutze gegen seine Verfolger ein Beil mit in seine Wohnung genommen, seine Frau aber nicht mit diesem geschlagen, sondern gewürgt, weil sie es mit anderen Männern halte und ihn verraten wolle.

Sehr schwer ist Fall 18 zu beurteilen. Schon etwa 1904 glaubte B., die Leute wollten ihm nicht wohl, äußerte im übrigen keine ausgesprochenen Verfolgungsideen. Die Maßnahmen, die er gegen seine Feinde ergriff, bestanden in erster Linie in Beleidigungen; er suchte also nicht seine Feinde von sich abzuwehren, sondern wollte sie nur kränken; es hat den Anschein, als ob die Verfolgungsideen noch nicht eine derartige Gewalt über B. gewonnen hätten, daß sie eine kräftigere Entladung gefordert hätten. Nur ein Zeuge gab an, B. habe einmal gedroht, eine Kugel für Frau S. sei schon geladen, nachher kämen noch andere daran. Da die Tat auf eine Reizung des Gegners hin erfolgte und die Wahnideen sich nur auf ganz bestimmte Personen bezogen, wollen wir im folgenden Kapitel noch einmal auf diesen Fall zurückkommen.

Von großem Interesse ist auch Fall 19. Mir scheint, daß man der Erkrankung des C. zwei Momente zugrunde legen muß: erstens den außerordentlichen Haß gegen die Juden und zweitens das Unglück in der Familie des C.; diese beiden Faktoren hat C. zusammengearbeitet, und es hat sich bei ihm die Überzeugung festgesetzt, daß die Juden an dem Unglück seiner Familie schuld seien, daß er von den Juden verfolgt werde. Die Folge davon ist, daß er die Juden bekämpft. Er wendet sich an einflußreiche Antisemiten und beschwert sich bei den Behörden; er beschimpft öffentlich die Juden und solche Leute, von denen er glaubt, daß sie Juden seien. Diese Art der Taktik hat ihm aber keinen Erfolg gebracht, im Gegenteil Mißerfolg; denn er wurde nicht zum medizinischen Staatsexamen zugelassen. Es ist nicht anzunehmen, daß C., der bis jetzt so

energisch vorgegangen ist, die Flinte ins Korn werfen wird, er wird nach weiteren Mitteln suchen, um die Juden zu bekämpfen und sich vor ihnen zu schützen. Ob C. auch vor dem Äußersten nicht zurückschrecken wird, wird davon abhängen, ob die Verfolgungsideen noch mehr ausgebildet, ob sie eine greifbare Gestalt annehmen werden, vielleicht aber auch davon, ob sich ihm bestimmte Menschen in den Weg stellen werden, von denen er die Überzeugung hat, daß sie seine und seiner Familie Existenz vernichten werden.

Mit der Vernichtung einer Existenz haben wir es auch in Fall 42 zu tun. Auch in diesem Falle entwickelten sich die Verfolgungsideen langsam. Die Bekämpfung der Gegner geschah zunächst auf legalem Wege, dann durch öffentliche Beleidigungen, wie im vorigen Falle. Ich glaube, daß S. noch nicht alle Mittel versucht hatte, um sich selbst zum offensiven Vorgehen mit der Waffe in der Hand entschließen zu müssen; die Polizei kam ihm zuvor. Durch seine Verhaftung mußte S. fürchten, die ihm noch möglich erscheinenden Mittel nicht mehr ausnutzen zu können; infolgedessen griff er zum letzten Mittel, welches ihm vielleicht schon immer als solches vorgeschwebt hatte: er erschoß einen seiner Gegner. Ich glaube, daß wir hieraus für den vorhergehenden Fall lernen können, daß es sehr wohl möglich ist, daß C. in Fall 19 auch zur Waffe greifen wird, sollte er merken, daß ihm durch eine Verhaftung oder Internierung in einer Anstalt die Möglichkeit des Weiterkämpfens abgeschnitten werden soll. Würde in Fall 42 S. freie Hand behalten haben, so bin ich der Überzeugung, daß S. — analog der vorher besprochenen Fälle — bevor er angegriffen hätte, gedroht haben würde. Die gleiche Überzeugung möchte ich auch für Fall 19 aussprechen.

Es gibt Fälle, in denen Kranke bedrohlich werden, nicht um sich vor ihren Verfolgern zu schützen, sondern aus anderen Motiven, z. B. um einen bestimmten Zweck zu erreichen, wie B. in Fall 31, welcher die Tochter seines Prinzipals, und X. in Fall 51, welcher eine reiche Witwe seines Heimatortes heiraten wollte; in diesen Fällen ist eine drohende Gefahr natürlich lange vorauszusehen. — In Fall 55 handelt es sich um einen reizbaren, empfindlichen Menschen, der sich durch die Einführung von Kontrollmarken gekränkt und durch die wegen Widersetzlichkeit erfolgte Kündigung benachteiligt fühlte. Wenn er sich auch schon früher zu Tätlichkeiten hatte hinreißen lassen, so müssen wir doch sagen, daß man, soweit wir den Fall beurteilen können, wohl kaum voraussehen konnte, daß es zu einer schweren Tat kommen würde. Allerdings wissen wir nicht, was er zu Hause erzählt hat und ob die Frau nicht doch aus dem reichlichen Alkoholgenuß Schlüsse auf eine bevorstehende Entladung hätte ziehen können.

Auch Fall 41 ist derart in Dunkel gehüllt, daß es nicht möglich ist, mit Wahrscheinlichkeit zu sagen, der Mord hätte vermieden werden können, worauf ich im II. Abschnitte schon hingewiesen habe. Wir finden nur sehr wenig Andeutungen vor der Tat und keine einzige Drohung; dies ist auch erklärlich; denn bei J. handelt es sich nicht um einen ausgesprochenen Verfolgungswahn. J. selbst hat sich nachträglich über das Motiv zur Tat geäußert: er war mit Gott zerfallen und wollte durch eine ungeheuerliche Tat Gott eine besonders große Kränkung zufügen; außerdem glaubte J. durch die Ermordung des Vaters, diesen weiterer Sorgen zu entheben und zu erlösen. Es ist klar, daß der Mensch, welcher aus solchen Motiven handelt, mit seinen Äußerungen über sein Vorhaben sehr zurückhaltend sein wird. Glücklicherweise begegnen uns diese Motive nur äußerst selten; sie erinnern an die des Hauptlehrers Wagner, der Anfang

September 1913 seine Familie umbrachte, worüber Gaupp und Wollenberg ausführlich berichtet haben; allerdings erinnert das Primäre bei Wagner — die Wahnidee, daß alle Leute ihm nachsagten, er habe Sodomie begangen — eher an Fall 9.

Verhältnismäßig häufig begehen Deprimierte einen Mord; zunächst denken sie an ihren eigenen Tod; dann aber fallen ihnen ihre Angehörigen ein; vor allem denkt die Mutter an ihre kleinen Kinder, die nach ihrer Ansicht ohne sie nicht leben können. Sie entschließt sich daher, sie mit in den Tod zu nehmen. Dannemann (1905) hat recht, wenn er schreibt, die Melancholiker seien deswegen so gefährlich, weil sie ihre Taten vorher so genau überlegen. Andererseits muß man sagen, daß, wie auch Fall 70—74 lehrt, die Idee, sich und andere umzubringen nicht gleich zu Beginn der Erkrankung auftritt; wie bei den meisten Paranoikern haben wir auch hier ein Vorstadium, welches uns auf die bevorstehende Gefahr aufmerksam macht. Wir können auch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob und wen der Kranke, wenn er Selbstmordneigung zeigen sollte, voraussichtlich mit in den Tod zu nehmen beabsichtigen würde. Unter unsern 5 Fällen handelt es sich um 4 Mütter, welche sich und ihre Kinder töten wollten, und um einen Mann, der die ganze Familie umbringen wollte, um sie vor Unglück zu schützen.

Daß auch Manische aggressiv werden können, ist selbstverständlich. Aber auch hier gehen in der Regel Vorboten voraus, wie in Fall 86.

Recht gefährlich können Schwachsinnige durch unüberlegte Handlungen werden. Es ist durchaus falsch, sie stets für harmlos zu halten, mag es sich nun um Paralytiker, Senildemente, angeborene Schwachsinnige oder andere handeln. Besonders häufig haben wir es mit Brandstiftung zu tun, wie in Fall 96—98. Auch Fall 36 dürfte vielleicht hierhin gehören, obwohl es sich hier nicht lediglich um eine Unvorsichtigkeit, sondern um absichtliche Brandstiftung handelte; das Motiv — die Freude am Feuer — ist aber so schwachsinnig, daß man den Fall hier erwähnen kann, womit nicht ausgeschlossen sein soll, daß man es mit einer hysterischen Zwangshandlung zu tun hat. In Fall 97 scheint Heimweh zur Tat getrieben zu haben. Daß schon geringe äußere Reize bei Schwachsinnigen gemeingefährliche Handlungen auslösen können, wie in Fall 100 und 101, soll im nächsten Kapitel besprochen werden.

Ob man gegen Schwachsinnige vor Begehung einer Straftat einschreiten kann oder nicht, wird von dem Grade des Schwachsinns und dem Charakter des Kranken abhängen, bei K. in Fall 102 lag sicher kein Grund vor, vor dem ersten Delikte irgendwelche Maßnahmen zu ergreifen, ebensowenig in Fall 100 und 103.

Wir sind hier auf dem Grenzgebiet angelangt. Die Schwachsinnigen leichten und mittleren Grades und die große Zahl der geistig Minderwertigen können nicht nur nach ihrem Geisteszustande beurteilt werden; es muß auch, wie bei Verbrechern, die Gesinnung berücksichtigt werden. In vielen Fällen wird man sich sagen müssen, der Krankheitszustand und die Gesinnung des Individuums allein rechtfertigen ein Eingreifen nicht. Die Möglichkeit, daß das Individuum keine Straftat begehen wird, ist so groß, daß es eine zu große Härte wäre, vorher gegen dasselbe vorzugehen.

Die geistig Minderwertigen sind bei den gesunden Verbrechern mitbesprochen worden; sehen wir die Krankengeschichten durch, so finden wir, daß

sie zahlreich vertreten sind. Van Hamel (1905) und Weber haben schon darauf hingewiesen, daß gerade unter den Gemeingefährlichen eine große Zahl Minderwertiger sind. Birnbaum sowie Wilmanns (1911) betonen den engen Zusammenhang zwischen Degeneration und Kriminalität.

3. Kapitel.

Die Beeinflußbarkeit der Gemeingefährlichkeit und das Auftreten partieller Gemeingefährlichkeit.

1. Reize, welche die Gemeingefährlichkeit herbeiführen oder erhöhen.

Dannemann hat schon darauf hingewiesen (1905), daß viele Geisteskranke nur dadurch gefährlich werden, daß sie von ihrer Umgebung gereizt werden. Ich habe im vorigen Kapitel einen Fall berührt, 42; hier sind mindestens drei Momente zu beachten, welche den Kranken zum Erschießen des Gendarmen veranlaßten, zunächst der Prozeß selbst, dann die gegenseitige Aufstachelung der Familienmitglieder und endlich die bevorstehende Verhaftung. Für die gemeinschädlichen Handlungen des S., die öffentlichen Beleidigungen, kamen nur die beiden zuerst genannten Reize in Betracht.

Einer der wichtigsten und häufigsten Reize ist der, welcher von den eigenen Angehörigen ausgeht. In Fall 82 sehen wir deutlich, welchen unheilvollen Einfluß der Vater auf seinen Sohn ausübt; er braucht nicht einmal selbst zu kommen; es genügen schon Briefe, um den Sohn aufzuwiegeln. Schon als Kind wurde T. mit in die Wirtschaft genommen. Später bei einer Verhaftung des T. ergriffen die Angehörigen für ihn Partei, so daß 3 Schutzleute einschreiten mußten. — In Fall 125 scheint die Ehefrau an dem verbrecherischen Leben mit schuld zu sein; in Fall 110 wurde X. durch den Mittäter zur Tat verleitet, er wurde, wie es im Urteil heißt, das Opfer dieses Menschen; C. in Fall 84 scheint durch seine erste Frau sehr ungünstig beeinflußt worden zu sein, während die zweite Frau es fertig gebracht hat, ihn zu einem geordneten Leben zu bringen.

Bei Geisteskranken liegt in der Regel natürlich die Sache nicht so wie bei Verbrechern, daß die Angehörigen die Kranken zu Straftaten anstiften, sondern so, daß die Angehörigen durch eine falsche — vielfach unnachgiebige — Behandlung die Kranken reizen und so die Tat heraufbeschwören. In Fall 29 wurde die Bedrohung dadurch herbeigeführt, daß die Mutter sich weigerte, ihrem Sohne mehr Alkohol zu geben; in Fall 45 scheinen konfessionelle Streitigkeiten zur Erregung des G. beigetragen zu haben.

Ein besonders trauriges Bild bietet Fall 88; ein Zeuge sagte ausdrücklich, die Frau verstehe nicht ihren Mann zu behandeln; andere erklärten, die Frau sei fleißig, aber leicht aufgeregt, sie reize ihren Mann immer wieder; so entstand ein Streit dadurch, daß die Frau sich und ihre Kinder zu Hause einschloß und den Mann, als er heimkehrte, nicht einließ. Bei der letzten Aufnahme erklärte J. seine Frau und Töchter hätten ihn bei seiner am Tage vorher erfolgten Rückkehr aus der Klinik in einer Weise empfangen, die ihn tief verletzt habe; infolgedessen habe er wieder getrunken. J. machte seinem Leben durch Selbstmord ein Ende.

X. in Fall 100 scheint durch das ständige Widersprechen des Vaters erregt geworden zu sein. In Fall 66 hat der Schwiegersohn den Vater gegen seinen Sohn

aufgehetzt; in Fall 18 waren es schwere Kränkungen, die B. zum Schlagen veranlaßten, in Fall 46 und 101 das Necken der Kameraden, welches die Wutanfälle hervorrief, in Fall 51 endlich das vielleicht etwas zu rigorose Vorgehen des Vorgesetzten, welches in K. den Gedanken, diesen oder sich zu erschießen, entstehen ließ.

Wie gute Folgen die Vermeidung des Reizes ausüben kann, geht aus Fall 11 hervor; nach Angabe der Bürgermeisterei kann T. nur dadurch daheim gehalten werden, daß seine Frau so nachgiebig ist. Auch G. in Fall 73 scheint sich infolge des guten Einflusses, den ihr Bruder auf sie ausübt, draußen noch halten zu können.

Es ist klar, daß für die Beurteilung des Reizes seine Stärke von großer Bedeutung ist; bei manchen Kranken, besonders bei Paranoikern, genügt oft ein ganz kleiner Reiz, um die Entladung herbeizuführen. Deswegen empfiehlt Dannemann auch (1905), sich Paranoikern gegenüber stets zurückzuziehen, wie es die beiden Herrn in Fall 4, die mit M. zusammen in einem Abteil fuhren, noch gerade rechtzeitig tun konnten, bevor M. auf sie schoß; wir sehen aber aus diesem Fall, daß es sehr schwer sein kann, einen Paranoiker so rechtzeitig zu erkennen, daß man sich noch zurückziehen kann. In Fall 100 handelt es sich nur um ganz geringfügige Ursachen, die X. zu den gefährlichsten Drohungen veranlaßte; in Fall 101 scheinen nur leichte Neckereien den Wutanfällen des C. vorangegangen zu sein.

Natürlich können derartige Reize auch geistesgesunde, vor allem geistig minderwertige Menschen zu einer Straftat veranlassen; als Beispiel führe ich nur Fall 94 an, in dem C. seine Geliebte erstach, weil sie ihm erklärt hatte, sie gehe, auch wenn er es nicht wolle, doch mit einem anderen. In diesem Falle war der auslösende Reiz wohl der Widerspruch. Der Hauptreiz lag aber darin, daß die Eifersuchtsidee des C. begründet war.

Ich komme damit auf eine andere Art des Reizes; bisher wurde nur das mangelnde Verständnis, das aufreizende Widersprechen und ähnliches erwähnt. Viel schlimmer sind die Reize die krankhafte Ideen bestärken oder Ahnungen zur Wahrscheinlichkeit oder gar Wirklichkeit werden lassen. So scheint in Fall 66 S. mit Recht angenommen zu haben, daß sein Vater und Schwager ihn übervorteilen wollten. Auch bei Eifersuchtsideen muß man sich stets fragen, ob nicht doch ein Körnchen Wahrheit an der Sache ist. In Fall 88 ist es zum mindesten wahrscheinlich, daß die Ehefrau des J. den Besuch von fremden Männern empfing; sicher ist, daß dieses dem J. von Nachbaren erzählt wurde. Auch in Fall 53 scheint nach Aussage der Bürgermeisterei die Ehefrau nicht einwandfrei zu leben. Es soll damit natürlich nicht gesagt sein, daß in solchen Fällen die Eifersuchtsideen nicht krankhaft sein können; es soll vielmehr lediglich darauf hingewiesen werden, daß durch tatsächliche Anhaltspunkte, die dem Kranken gegeben werden, der Reiz und somit die Gemeingefährlichkeit erhöht wird.

Von anderen Reizen, die auf die Handlungsweise Geisteskranker ungünstig einwirken können, finden wir in unseren Krankengeschichten noch Not in Fall 67, Aufregungen durch einen Prozeß in dem oben erwähnten Fall 42 und dem dazu gehörenden Fall 52, durch Pensionierung in Fall 10 und 46. Endlich sei auch noch der Reiz erwähnt, den vielfach Schülerinnen auf junge Lehrer ausüben und diese hierdurch zur Vornahme unzüchtiger Handlungen verleitet

werden, wie in Fall 133. Dieses sollen nur Beispiele sein, die sich noch erheblich vermehren ließen. Wie ich gleich anfangs gezeigt habe, treffen oft mehrere Reize zusammen. Cramer hat schon darauf hingewiesen (1905) „daß es häufig eine Verkettung von unglücklichen Zufällen ist, daß ein Geisteskranker überhaupt in Konflikt mit dem Strafgesetzbuch kommt".

Zum Schlusse sei noch eines Reizes gedacht, der wichtiger ist als die meisten anderen und der oft erst die Grundlage bildet für die Reizbarkeit des Individuums, ich meine den Alkohol. Bei Trinkern ist es nicht verwunderlich, wenn die Angehörigen, die durch den ständigen Kummer und Ärger selbst in eine gereizte Stimmung versetzt sind, keine Rücksicht nehmen. Natürlich kann es auch vorkommen, daß jemand infolge von unglücklichen häuslichen Verhältnissen ans Trinken kommt, wie vielleicht in Fall 84.

2. Die Gemeingefährlichkeit für eine bestimmte Zeit.

Schwerer noch als die Gesinnung eines Geistesgesunden und den Krankheitszustand eines Geistesgestörten ist die vermutliche Dauer der Gemeingefährlichkeit zu bestimmen. Natürlich gibt es Erkrankungen, die vollständig vorübergehen, wie das manisch-depressive Irresein und die Haftpsychosen; da ist die Frage verhältnismäßig leicht zu lösen.

Bei sog. unheilbar Geisteskranken muß man an zweierlei denken: erstens an einen Irrtum in der Diagnose, zweitens an ein Fortbestehen der Geisteskrankheit bei Aufhören der Gemeingefährlichkeit, worauf Weber schon hingewiesen hat. Er sagt: „Daß bei dieser Prognosestellung auch dem erfahrensten Psychiater Überraschungen passieren, ist bekannt, ganz abgesehen davon, daß man mit ganz unerwarteten Spätheilungen rechnen muß". Ferner: „Es ändert sich natürlich die Eigenschaft der Gemeingefährlichkeit bei einem Kranken auch mit seinem geistigen Zustand".

Für das erste ist Fall 43 ein gutes Beispiel. Da F. schon während seiner ersten Ehe 1893—94 mißtrauisch war, sich während der zweiten Ehe ständig verfolgt glaubte, auch in der Irrenanstalt an seinen Wahnideen festhielt, war es sehr unwahrscheinlich, daß die Erkrankung und Gemeingefährlichkeit in absehbarer Zeit aufhören würde, selbst bei der Annahme, daß er ganz abstinent leben würde.

Auch in Fall 49, bei dem kein Alkoholmißbrauch festgestellt wurde, konnte man nicht annehmen, daß der Kranke sich halten würde; er wurde wegen der eingetretenen Besserung auf dringendes Bitten der Frau entlassen, obwohl die Wahnideen und Sinnestäuschungen noch nicht vollkommen verschwunden waren. Vergleicht man hiermit Fall 25, indem bei der ersten Entlassung die Wahnideen auch abgeblaßt waren, der Kranke sogar selbst glaubte, er habe eine falsche Idee im Kopfe gehabt, so muß man sich doch sagen, daß man bei der Prognosestellung sehr vorsichtig sein muß, sobald man die Überzeugung gewonnen hat, daß die Wahnideen eine endogene Ursache haben. Ähnlich liegt Fall 22, bei dem während des ersten Aufenthaltes in der Klinik angenommen wurde, es handle sich um eine periodische Geistesstörung, da nur eine ängstliche Erregung mit den dabei üblichen Wahnideen festgestellt werden konnte; schon ein halbes Jahr nach der Entlassung mußte M. wieder aufgenommen werden wegen paranoider Ideen und Neigung zu Gewalttätigkeiten. — In Fall 16 möchte

ich noch keine sichere günstige Prognose stellen; doch ist es immerhin beachtenswert, daß der Kranke sich ein ganzes Jahr gut gehalten hat und einen gesunden Eindruck macht.

Nicht so selten kommt es vor, daß die Geistesstörung bleibt, die Gemeingefährlichkeit aus irgendwelchen Gründen, z. B. dem Hinzukommen einer körperlichen Erkrankung, wie in Fall 12, 22 und 50, aufhört. Bei paranoiden Erkrankungen kann auch eine fortschreitende Verblödung die Gemeingefährlichkeit zum Schwinden bringen, wie in Fall 31 und 51.

Wenn aus rein endogenen Gründen der Kranke ruhiger wird, so besteht natürlich stets die Gefahr, daß die Gemeingefährlichkeit nur ruht oder, wie Dannemann (1905) sich ausdrückt, latent ist. In dieser Beziehung ist Fall 4 interessant; von August 1902 bis August 1904 war jeder Entlassungsversuch fehlgeschlagen; seitdem hat sich der Kranke verhältnismäßig gut gehalten, soweit uns bekannt bis 1910. Auch in Fall 3, in dem der Kranke anfangs stark halluzinierte und mit Mord drohte, hält die Besserung bereits acht Jahre an; während dieser Zeit scheinen keine Anzeichen von Gemeingefährlichkeit bemerkt worden zu sein.

In einigen Fällen hängt die Gemeingefährlichkeit mit einzelnen Phasen der sexuellen Entwicklung und Fortpflanzung, sowie mit den einzelnen Altersstufen zusammen, worauf auch Cramer (1905) hinweist. Dahin gehört Fall 145, bei dem sicher die Pubertät eine Rolle spielt; wenn E. auch jetzt noch nicht den besten Leumund genießt, so hat sie sich doch keine Straftat mehr zu Schulden kommen lassen. Daß ein Verbrechen nicht so selten ein Äquivalent für die sexuelle Befriedigung ist, ist ja bekannt; Groß hat erst kürzlich wieder darauf hingewiesen. Häufiger finden wir Sittlichkeitsdelikte, wie in Fall 103, wo T. nur zur Pubertätszeit sich gegen den § 176[3] St.G.B. verging. Ob man bei J. in Fall 130, der nun schon 3 mal wegen Notzucht und Notzuchtsversuch bestraft worden ist, eine günstige Prognose stellen darf, ist fraglich, aber durchaus nicht ganz von der Hand zu weisen, da alle drei Straftaten noch in die Pubertätszeit fallen.

Diese Frage ist ja auch bei Beurteilung der Jugendlichen von besonderer Wichtigkeit; ich habe schon bei Besprechung der Jugendlichen darauf hingewiesen, daß man in Fall 135 und 144, bei denen es sich um zwei ethisch tiefstehende Mädchen handelt, die sich Knaben bzw. Erwachsenen zum Geschlechtsverkehr angeboten hatten, mit der Möglichkeit einer Besserung rechnen muß.

Bei Frauen spielt, wie wir wissen, die Schwangerschafts-, Geburts- und Laktationsperiode, ferner die Menstruation eine so große Rolle, daß ein Schützen vor gemeingefährlichen Handlungen gerade für diese Zeit oft vollkommen ausreichen würde. Ich verweise nur auf Fall 112, wo eine Frau zweimal ihre unehelichen Kinder kurz nach der Geburt tötete. Jetzt wird ihr das beste Leumundszeugnis ausgestellt.

Sehr schwierig ist die Frage zu beurteilen, wie lange Alkoholiker gemeingefährlich sind. Solange sie interniert sind, kann natürlich von einer Gemeingefährlichkeit nicht die Rede sein. Der erste Tag in der Freiheit kann sie wieder bringen. In Fall 89 wurde es mit T. immer wieder draußen versucht und immer wurde er gemeingefährlich. Wir wissen zwar, daß Trinker so leicht rückfällig werden, andererseits gibt es aber auch solche, die sich halten, z. B. X. in Fall 44, der eine schwere Alkoholhalluzinose durchmachte und etwa ein Jahr in einer

Irrenanstalt war; er ist jetzt wieder in seinem Berufe tätig. Auch L. von Fall 46 gehört hierher; er war derat dem Trunke ergeben, daß er pensioniert werden mußte, jetzt führt er ein ganz geregeltes Leben. In Fall 47 hat sich Q. jetzt über 5, in Fall 48 L. über 8 Jahre gut gehalten. Eine Seltenheit stellt Fall 85 dar: C. war von 1889 bis 1908 18 mal in Irrenanstalten und 17 mal bestraft, trotzdem gelang es ihm, wohl mit Hilfe seiner Frau, eine geordnete Lebensführung zu beginnen. V. Hentig sagt in seiner Arbeit über Strafrecht und Auslese, daß auch seine Untersuchungen zu dem Ergebnis geführt haben, daß eine soziale restitutio möglich ist.

3. Die Gemeingefährlichkeit gegen bestimmte Personen und an bestimmten Orten.

Unter der Handlungsweise der Geisteskranken leidet natürlich in erster Linie die allernächste Umgebung, da sie am meisten mit ihnen zusammen ist; sie wird bedroht und mißhandelt, sie wird vernachlässigt, die eigenen Möbel werden zerstört, vor den eigenen Kindern die gemeinsten Reden gehalten. Bringt man die Kranken in eine andere Umgebung, so dauert es gewöhnlich nicht lange, bis auch sie unter ihnen zu leiden hat; so richtete sich N.'s Haß in Fall 7 zunächst gegen seine Frau, nach der Aufnahme in die Klinik auch gegen die Ärzte. X. in Fall 25 schoß zunächst auf seinem eigenen Gelände, später auf der Straße. C.'s Wahn in Fall 26 bezog sich in der ersten Zeit nur auf die Haushälterin, später auch auf andere, z. B. den Eisenbahnschaffner, der seine Fahrkarte verlangte.

Es gibt aber auch Fälle, in denen sich ein Kranker nur einer oder mehreren bestimmten Personen gegenüber feindlich verhält, ein Punkt, der für die Frage der Behandlung außerordentlich wichtig ist. Nicht selten finden wir, daß nur der eigene Ehegatte bedroht wird, vor allem beim Eifersuchtswahn, so in Fall 44, 45 und 53; in diesen Fällen war der Wahn ganz scharf abgegrenzt und richtete sich nicht auch gegen etwaige Nebenbuhler, da die Kranken keinen Verdacht auf eine bestimmte Person hatten. In Fall 33 dagegen wollte Frau W. nicht nur ihren Mann, sondern auch die Frau umbringen, von der sie glaubte, daß sie mit ihrem Manne verkehre.

Sind Kinder im Hause so werden sie in der Regel nicht verschont; bekanntlich neigen besonders Alkoholisten dazu, ihre eigenen Kinder zu mißhandeln, z. B. in Fall 69 und 89; aber auch bei anderen Kranken, wie bei Frau N. in Fall 54 und bei der taubstummen Frau in Fall 91, kommt dies vor. Leider lassen sich auch Geistesgesunde zu solch rohen Handlungen nicht selten hinreißen; Max Jungnickel hat Anfang dieses Jahres im Berliner Tageblatt mitgeteilt, daß er nur durch Zeitungsausschnitte festgestellt habe, daß vom 1. Januar 1913 bis zum 1. Januar 1914 in Deutschland 10 546 Kinder mißhandelt worden seien; brennende Lampen, Schürhaken, Hämmer, Stiefel, Kochtöpfe, Stricknadeln, Scheren, Lederriemen, Beile dienten dazu, die armen Kinder zu bearbeiten. Ich glaube, wir ahnen gar nicht, wie gemeingefährlich die Menschen sind, welche Kinder in so scheußlicher Weise martern können.

Ganz andere Motive liegen natürlich den Handlungen der melancholischen Mütter zugrunde; sie wollen ihre Kinder vor Unglück schützen, wenn sie sie

mit in den Tod nehmen wollen. Ein ähnliches Motiv finden wir bei dem Vatermörder J. in Fall 41.

S. in Fall 66 wandte sich nur gegen seinen Vater und Schwager, weil er glaubte, von ihnen benachteiligt zu sein, X. in Fall 100 nur gegen seine Eltern, was in dem Bericht der Bürgermeisterei ausdrücklich betont worden war. Außerhalb des elterlichen Hauses scheint er sich später gut gehalten zu haben; gegen die Eltern ist er jetzt noch „ungezogen" wie uns die Bürgermeisterei mitteilte.

Außerhalb stehende Personen kommen ziemlich selten für sich allein als Angriffsobjekt in Betracht. T. in Fall 2 glaubte sich von einem bestimmten Mädchen und dessen Vater verfolgt; B. in Fall 31 hatte es auf die Tochter seines Prinzipals und im Anschluß daran auf diesen selbst, X. in Fall 51 auf eine reiche Witwe abgesehen. Die Geschwister in Fall 42 und 52 wehrten sich gegen die ihrer Ansicht nach ungerechten Eingriffe von seiten der Polizei. E. in Fall 55 fühlte sich von seinem Fabrikdirektor, J. in Fall 65 vom Strafanstaltsdirektor verfolgt. Der Arzt in Fall 18 glaubte, daß die Leute seines Ortes ihm übel wollten; in seinem jetzigen Wirkungskreise scheint er auskommen zu können. Der Lehrer in Fall 133 verging sich nur an seinen Schülerinnen. Auch die Tötung der Geliebten aus Fall 94 gehört hierher.

Zusammenfassung.

Es erscheint angebracht, einen Unterschied zu machen, zwischen Individuen, die gemeingefährlich im engeren Sinne, gemeinschädlich und gemeinstörend sind. Es ist oft nicht möglich, von einem Einschreiten gegen die Gemeinschädlichen und -lästigen abzusehen. Auch selbstgefährliche Kranke sollten beschützt werden.

Ob ein Mensch zu einer dieser oben genannten Gruppen gehört und zu welcher er zu rechnen sein wird, hängt nicht nur von der Handlung als solchen, sondern auch von der Art und Häufigkeit der Ausführung ab.

Ferner sind zu berücksichtigen: Die Gesinnung des Täters bei Geistesgesunden und der krankhafte Zustand bei Geistesgestörten.

In vielen Fällen ist es nicht schwer, die Gesinnung zu erkennen; doch handelt es sich in der Regel um Verbrecher, die schon Straftaten begangen haben. Je weniger ein Mensch von der Polizei, den Richtern, den Strafanstaltsbeamten beobachtet worden ist, desto schwerer ist es, seine Gesinnung festzustellen; insofern wird ein erstmalig Bestrafter am schwersten zu beurteilen sein. Um die Gesinnung erkennen zu können, ist es gleichgültig, aus welchem Grunde jemand bestraft wurde; auf die Gleichheit oder Ähnlichkeit der Delikte kommt es nicht an. Natürlich werden die vorhergehenden Straftaten selbst zur Beurteilung der Gesinnung auch herangezogen werden; oft kann man sich schon aus kleinen Vergehen in Verbindung mit dem Vorleben ein Bild machen, das vollkommen genügt. Dabei ist es gleichgültig, ob vorher Bestrafung erfolgte oder nicht. Da es sich um Zukunftsschlüsse handelt, werden Irrtümer nie auszuschließen sein.

Die Beurteilung der Gesinnung Jugendlicher macht besondere Schwierigkeiten, selbst wenn sie in Erziehungsanstalten untergebracht sind, da sie leicht beeinflußbar sind und die Einwirkung der Pubertät nicht zu unterschätzen ist. Es gibt aber auch Jugendliche, von denen man mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit sagen kann, daß sie gemeingefährlich werden.

Unter den Geisteskranken gibt es einige, welche plötzlich gemeingefährliche Handlungen begehen, ohne daß irgendwelche Äußerungen oder Handlungen vorher darauf hindeuten. Diese Fälle sind sehr selten. In anderen Fällen wissen wir, daß möglicherweise von dem Kranken gemeingefährliche Handlungen plötzlich zu erwarten sind, weil Dämmerzustände, Anfälle, leichte Erregungszustände usw. vorausgegangen sind. Oft kann der Genuß alkoholischer Getränke als Warnungszeichen dienen.

In den meisten Fällen wird eine gemeingefährliche Handlung durch andere Krankheitssymptome, die leicht erkennbar sind, vorbereitet. Solche Symptome sind: Äußerungen von Sinnestäuschungen, Verfolgungs-, depressiven und Eifersuchtsideen. Ferner Handlungen, die darauf hinweisen, daß der Kranke sich den Einwirkungen seiner Verfolger entziehen oder vor einem bevorstehenden Unglück auf ungefährliche Weise schützen möchte.

Bei Schwachsinn leichten und mittleren Grades und bei geistiger Minderwertigkeit wird die Prüfung des Krankheitszustandes die Prüfung der Gesinnung mitumfassen. Während man bei Verbrechern vielfach nach einer Tat die Gesinnung noch nicht zur Genüge beurteilen kann, während man andererseits bei Geisteskranken oft schon vor einer Tat Gemeingefährlichkeit voraussehen kann, wird man bei den Grenzzuständen häufig den Mittelweg einschlagen und die Begehung einer strafbaren Handlung abwarten müssen.

Außer den bisher besprochenen Hauptpunkten sind folgende noch zu beachten: Viele gemeingefährliche Handlungen werden nur durch einen Reiz von außen hervorgerufen; dieser Reiz kann groß oder klein sein; er kann von den eigenen Angehörigen oder von Fremden ausgehen, oder auch in der ganzen Konstellation der Umstände liegen. Einen besonders gefährlichen Reiz übt der Alkohol aus.

Die Dauer der Gemeingefährlichkeit ist in manchen Fällen leicht, oft aber sehr schwer zu bestimmen. Die Gemeingefährlichkeit kann aufhören infolge von Genesung oder Besserung, durch Änderung der Krankheitserscheinungen, durch Hinzutreten anderer Momente, z. B. körperlicher Erkrankungen, welche die Gemeingefährlichkeit nicht zum Ausbruch kommen lassen, durch Fortfall von Reizen, durch Änderungen auf sexuellem Gebiete, wie Pubertät, Menstruation etc. Dementsprechend gibt es auch Menschen, die nur zeitweise gemeingefährlich sind. Nie darf man behaupten, selbst nicht, wenn die Geisteskrankheit für unheilbar gehalten wird oder eine Änderung in der Gesinnung des Täters nicht mehr zu erhoffen ist, daß die Gemeingefährlichkeit dauernd bestehen bleiben wird.

In erster Linie leidet die nächste Umgebung unter der Gemeingefährlichkeit eines Menschen. In vielen Fällen aber sind die Angehörigen nur deswegen am meisten gefährdet, weil sie mit dem Kranken am häufigsten in Berührung kommen. Eine andere Umgebung würde genau so gefährdet sein. In manchen Fällen richten sich die Bedrohungen und Angriffe ausschließlich gegen bestimmte Personen, den Ehegatten, die Kinder, die Vorgesetzten, die Polizei, die Schulkinder (Sexualdelikte bei Lehrern).

IV. Abschnitt.

Die Behandlung und Bekämpfung der Gemeingefährlichkeit.

Allgemeines.

Auf Grund der Ausführung des voraufgegangenen Abschnittes können wir an die Frage der Behandlung der gemeingefährlichen, gemeinschädlichen und gemeinlästigen Individuen herantreten.

Wir wollen uns von vornherein darüber klar sein, daß es nicht für eine Gruppe nur eine Behandlungsart gibt, etwa für die gemeingefährlichen nur die Internierung. Das würde zu einer schweren Schädigung der persönlichen Freiheit führen in Fällen, wo es durchaus nicht immer nötig ist. Andrerseits kann, wenn der Schutz der Allgemeinheit oder auch bestimmter Personen es gebieterisch fordert, auch die Internierung gemeinschädlicher oder -lästiger Personen in Frage kommen.

Wir müssen versuchen, immer neue Mittel ausfindig zu machen, um die Gemeingefährlichkeit zu bekämpfen, ohne den einzelnen zu sehr zu schädigen. Thomsen tritt schon seit einigen Jahren dafür ein, daß man statt zu strafen, lieber die Reize, die das Verbrechen hervorrufen, soweit es möglich ist, beseitigen soll; er wünscht kein „Strafrecht" mehr, sondern ein „Verbrechensbekämpfungsrecht".

Die Behandlung der Gemeingefährlichen muß sich nach ihrer Art richten, worauf Aschaffenburg (1908), Dannemann (1905), Delbrück und Moravcsik unter Mitteilung treffender Beispiele hingewiesen haben. Van Hamel sagte (1906) auf einer Versammlung der I. K. V.: „. . . wenn man einem Arzt eine Anstaltskarte wie eine Speisekarte vorlegt und sagt: Sie können jetzt wählen — dann wird der gute Psychiater schon wissen, welche er dem Richter vorschlagen will". So steht es auch mit der ganzen Behandlungsweise.

Zu berücksichtigen bleibt ferner, daß gerade die Gemeingefährlichen oft recht brauchbare Arbeiter sind, worauf besonders Rothamel aufmerksam gemacht hat und was auch aus unseren Krankengeschichten zur Genüge hervorgeht; ich erinnere nur an die vorzüglichen Arbeiter B. in Fall 123, und T. in Fall 89, denen wir noch viele hinzufügen könnten.

Wie groß die Zahl der Gemeingefährlichen ist, läßt sich auch nicht annähernd bestimmen; die meisten Autoren, die darüber berichten, meinen entweder die Geisteskranken, welche einer länger dauernden Internierung bedürfen, wie Aschaffenburg (1912), Heilbronner, Hübner und Weber, oder die,

welche mit dem Strafgesetze in Konflikt gekommen sind, wie Kullmann, Kundt und Rüdin oder endlich die Gemeingefährlichen unter den rückfälligen Verbrechern, wie Clement und Finklenburg. Aschaffenburg (1912) gibt darüber eine gute Übersicht. Wenn er, Cramer (1905) und Weber vor einer Überschätzung der Zahl der gemeingefährlichen Geisteskranken warnen, so meinen sie auch nur die internierungsbedürftigen.

Wie im vorigen, so habe ich auch in diesem Abschnitte nicht von vornherein zwei große Kapitel, das eine für geistesgesunde, das andere für geisteskranke Gemeingefährliche getrennt, da vieles für beide gemeinsam behandelt werden kann. Van Hamel erklärte auf der oben erwähnten Versammlung: „Eigentlich müssen wir nur fragen: Was soll mit dem Manne geschehen? Ob er zurechnungsfähig heißt oder nicht, das ist mir ganz gleichgültig."

1. Kapitel.

Die Internierung.

1. Allgemeines.

Liegen schwere Straftaten vor und ist auf Grund der Prüfung der Gesinnung zu erwarten, daß der Täter neue Delikte begeht, oder muß man bei einem Geisteskranken annehmen, daß er schwere Delikte begehen wird, handelt es sich also um Verbrecher oder Geisteskranke, die gemeingefährlich im engern Sinne sind, so wird in der Regel eine Internierung am Platze sein. Über die Ausnahmen werden die folgende Kapitel Aufschluß geben.

Bei gemeinschädlichen und -lästigen Personen wird man oft mit anderen Mitteln auskommen, aber nicht immer. So halte ich es bei J. in Fall 116 für das Beste, wenn er interniert wird; wenn, wie bei ihm, zwischen der ersten und zweiten Zuchthausstrafe nur $^1/_2$ Jahr liegt, zwischen der zweiten und dritten $^3/_4$ Jahr und zwischen der dritten und vierten 3 Jahre, mit anderen Worten, wenn J. von 1889—1910 17 Jahre im Zuchthaus saß und nur 4 Jahre in der Freiheit war, so wäre es besser gewesen, ihn gar nicht herauszulassen; auf diese Weise hätte man der Allgemeinheit genützt und ihm nicht allzu sehr geschadet. Auch K. in Fall 120, N. in Fall 121 und X. in Fall 122 gehören hierher. Im dritten Falle handelt es sich zwar nicht um so schwere Eigentumsdelikte; sie sind aber so zahlreich daß eine Internierung am Platze ist, zumal die Versuche, X. bei seinem Bruder unterzubringen, stets fehlgeschlagen sind. Zwischen dem zweiten und dritten Notzuchtsattentate des J. in Fall 130 lagen nur einige Monate; Aschaffenburg (1906) erwähnt einen gleichen Verbrecher, bei dem zwischen zwei Delikten nur einige Wochen lagen.

Bei leichten Sittlichkeitsdelikten, die immer wiederholt werden, wie in Fall 132 wird man zunächst alles andere versuchen, bevor man zur Internierung schreitet, selbst auf die Gefahr hin, daß zu der großen Zahl der begangenen Straftaten noch einige hinzukommen. Zum Schlusse wird aber nichts anderes als die Internierung übrig bleiben.

Ebenso wird auch eine große Zahl anderer gemeinschädlicher und -lästiger Individuen zu behandeln sein. In vielen Fällen wird man sich auch fragen müssen, ob nicht hinter einer Gemeinschädlichkeit oder -lästigkeit, wie in Fall 31

und 104, eine Gemeingefährlichkeit im engeren Sinne steckt und deswegen die Internierung geboten erscheint.

Leider haben wir bis jetzt nur die Möglichkeit, Geisteskranke auf unbestimmte Zeit zu internieren. Die gemeingefährlichen Verbrecher müssen wir laufen lassen, wenn sie ihre Strafe verbüßt haben; die gemeingefährlichen geistig Minderwertigen kommen noch eher in die Freiheit zurück. Einfach haarsträubend in dieser Beziehung ist Fall 119: T. wurde nach mehreren Vorstrafen am 8. V. 99 zu 11 Jahren Zuchthaus verurteilt; im Januar 1902 bekam er eine Haftpsychose; er wurde auf Grund eines psychiatrischen Gutachtens aus dem Strafvollzuge entlassen, von der Klinik aus der Polizei übergeben zwecks Überführung in die zuständige Irrenanstalt; da diese anscheinend mit der Anstalt noch nicht verhandelt hatte, ließ sie T. kurze Zeit ohne Bewachung zu Hause, so daß es ihm möglich war, sich zu entfernen. Als er nach einigen Monaten zurückkam, war er geistig gesund, konnte also nicht mehr in einer Irrenanstalt untergebracht werden.

Auch in Fall 122 steht man vor einem unheilvollen Kreislaufe: Ist X. draußen, begeht er sofort Eigentumsdelikte, wird er bestraft und kommt in die Strafanstalt, so wird er geisteskrank, wird er der Irrenanstalt überwiesen, so wird er wieder gesund und infolgedessen entweder entlassen, so daß er wieder neue Delikte begehen kann, oder in den Strafvollzug zurückgeschickt, wo er dann von neuem erkrankt.

Für solche Menschen gibt es nur eben eine Unterbringungsart: Zwischenanstalten; das wesentliche ist, daß sie auf unbestimmte Zeit interniert und individuell behandelt werden. Dannemann (1905), v. Hessert, v. Liszt (1904), Pelman (1906), Staiger und andere haben schon auf diese Behandlungsweise hingewiesen. Kielhorn verlangt eine langdauernde, erzieherische Internierung. Nur Verwahrung ohne Bestrafung wünschen Bleuler und Schultze. Leider hat der V.E. in §§ 63 und 65 nur eigene Anstalten für die Strafverbüßung vorgesehen, während die nachfolgende Verwahrung in den Irrenanstalten stattfinden soll, wogegen sich die Psychiater natürlich mit Recht gewehrt haben. Es gibt auch Autoren, die gegen die Einführung von Zwischenanstalten sind z. B. Hoegel unter den Juristen, weil man sich noch kein Bild von einer Sicherungsanstalt zu machen vermag, und Wilmanns (1914) unter den Psychiatern, weil er lieber eine Reform aller Strafanstalten herbeiführen möchte und die Beurteilung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in der Praxis Schwierigkeiten bereiten würde. Mit Recht wiesen aber im Anschluß an Aschaffenburgs Referat, Bonhoeffer, Hoche, Kraepelin und Moeli auf der diesjährigen Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie darauf hin, daß die Anerkennung der Schwierigkeiten nicht dazu Anlaß geben könne, an der Notwendigkeit der Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit zu zweifeln.

Bekanntlich bringt der V.E. auch für die Verbrecher in § 89 eine Art Sicherungshaft, die in einer Verlängerung der Strafe besteht; er legt aber viel zu viel Wert auf vorhergegangene Strafen und richtet sich in erster Linie gegen gewerbs- und gewohnheitsmäßige Verbrecher, was durchaus nicht gleichbedeutend ist mit gemeingefährlichen Verbrechern. Die Strafverbüßung soll in Strafanstalten, die ausschließlich für diesen Zweck bestimmt sind, geschehen. Mittermaier (1910 und 1911) verlangt auch für die geistesgesunden Verbrecher, wie

für die minderwertigen, die gemeingefährlich sind, bei längerer Internierung milde Behandlung, wie es in England jetzt schon geschieht. Garçon und Torp haben auf der 12. Versammlung der I. K. V. 1913 die gleiche Ansicht vertreten, sogar verlangt, man solle von der Strafe absehen und nur Sicherungshaft eintreten lassen.

Im übrigen wollen wir nicht weiter auf die Frage eingehen, wie die Internierungsanstalten beschaffen sein müssen, ob wir Zentralanstalten für gemeingefährliche Verbrecher schaffen müssen, ob für gemeingefährliche Geisteskranke und geistig Minderwertige Adnexe an Strafanstalten, solche an Irrenanstalten oder besondere Anstalten am geeignetsten sind. Diese Frage ist in der Literatur schon zur Genüge behandelt; ich verweise nur auf Aschaffenburgs und Webers Bearbeitungen, die Verhandlungen des 27., 28. und 31. D. J. T., sowie der I. K. V. von 1905 und 1910, endlich auf die niederländischen Gesetzentwürfe für Psychopathen, über die van Hamel, Schermers und van der Torren berichtet haben.

Nur das eine muß betont werden, daß nicht alle Gemeingefährlichen in die festen Häuser gehören; wie die Art der Behandlung überhaupt verschieden sein muß, so muß natürlich auch jede einzelne Behandlungsweise, vor allem die Internierung mehrere Abstufungen aufweisen. Man darf sich nicht daran stoßen, daß viele Autoren von der „Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranken" und ähnlichem sprechen; sie meinen eben nur die gemeingefährlichen Geisteskranken, deren Unterbringung in festen Häusern notwendig ist. Wir sehen an solchen Titeln nur immer wieder, wie verschieden das Wort „gemeigefährlich" aufzufassen ist. Es kommt, wenn man von „gemeingefährlich" spricht, gar nicht in Betracht, ob jemand in einem festen Hause untergebracht werden muß; maßgebend ist lediglich das Verhalten draußen. Dementsprechend stellen natürlich auch Behörden und Ärzte ihre Zeugnisse aus.

Ebenso verwirrend ist es, wenn Delaquis und v. Kunowski von anstaltsgefährlichen Kranken sprechen und nur diese in feste Häuser unterbringen wollen; auf die Anstaltsgefährlichkeit kommt es erst in zweiter Linie an; es müssen auch andere Gemeingefährliche in feste Häuser untergebracht werden, z. B. solche, die große Neigung zum Entweichen zeigen.

Wir müssen an der im III. Abschnitte geschilderten Verschiedenartigkeit der Gemeingefährlichkeit festhalten und dementsprechend auch eine verschiedene Behandlung, speziell Internierungsarten fordern, worauf auch schon v. Liszt (1906) unter Beziehung auf die vermindert Zurechnungsfähigen hingewiesen hat. Zweifellos hat Aschaffenburg (1912) recht, wenn er für sehr viele gemeingefährliche Geisteskranke die Unterbringung in einer Irrenanstalt für genügend hält. Auch Cramer (1905) und Rothamel treten für eine möglichst freie Behandlung ein und haben gute Erfahrungen damit gemacht. Als Beispiel dafür möchte ich nur den Alkoholisten in Fall 89 erwähnen, der von uns dauernd bei der Außenarbeit beschäftigt wurde. Wir hatten auf Grund der Akten das Recht anzunehmen, daß T., wenn er fortlaufen würde, zunächst trinken und dann erst eine gemeingefährliche Handlung — und zwar nur gegen seine Angehörigen — vornehmen würde; es wäre also möglich gewesen, die Angehörigen vorher zu warnen und die Polizei zu benachrichtigen.

In anderen Fällen wird man sich nicht scheuen dürfen, einen gemeingefährlichen Geisteskranken in ein offenes Haus zu verlegen, ihm sogar freien Ausgang

zu gewähren. In Fall 4 konnte dieser Versuch gemacht werden, da die Wahnideen zurückgetreten waren und man annehmen mußte, bei der in einem offenen Hause üblichen Aufsicht eine Verschlimmerung rechtzeitig zu bemerken. In Fall 68 und 123 wurde dem T. und B. freier Ausgang gewährt, bei T. mit Erfolg. Auch B. hielt sich zunächst gut; nach den Entlassungen vom 17. IV. und 9. IX. aber wurde er sofort wieder rückfällig; die dritte Aufnahme mißlang, da es B. glückte zu entweichen. Kurz darauf steckte er eine Scheune in Brand. Wir ersehen daraus, daß Kranke, die sich bei freiem Ausgange gut halten, durchaus nicht immer entlassungsfähig sind.

Kurz gesagt, für gemeingefährliche Geisteskranke eignen sich je nach ihren Eigenarten, die wir im III. Abschnitte besprochen haben, sämtliche Behandlungsmöglichkeiten der Irrenanstalt, auch die Familienpflege, worauf wir im folgenden Kapitel noch zu sprechen kommen werden.

Die Frage, ob gemeingefährliche Geisteskranke auch in Privatanstalten untergebracht werden dürfen, wird im allgemeinen bejaht, so von Aschaffenburg (1909 und 1910), Cramer (1910), Landerer (1910) und Moeli (1910). Ich glaube, daß manche Kranke den Privatanstalten recht große Schwierigkeiten bereiten werden. Ich verweise nur auf Fall 26, in dem C. seine Entlassung gegen den Willen des Anstaltsleiters durchsetzte, und Fall 27, in dem die Angehörigen Schwierigkeiten machten. In Fall 4 dagegen verlief der Aufenthalt des M. ohne Störung. Im allgemeinen wird es im eigenen Interesse der Privatanstalten sein, wenn sie sich Kranke, die gemeingefährlich und schwer zu behandeln sind, fern halten. Gudden (Bonn) hat ja auch Landeres Ansicht auf der Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz vom 18. Juni 1910 widersprochen.

Neben den Straf-, Zwischen- und Irrenanstalten kommen für die Internierung noch Arbeitshäuser und Trinkerheilanstalten in Betracht.

Die Arbeitshäuser sind für die gemeinlästigen geistesgesunden Individuen besonders geeignet. Leider wissen wir aber, daß zurzeit sehr viele geistig Minderwertige in ihnen untergebracht sind, worauf Wilmanns (1906) u. a. aufmerksam gemacht haben.

Die Unterbringung gemeingefährlicher Alkoholisten in Trinkerheilanstalten wird nicht immer ratsam sein; es werden vorher in jedem einzelnen Falle zwei Fragen zu prüfen sein: Ist Heilung zu erwarten und weiter bietet die Anstalt genügend Sicherheit? In unserem Falle 89 würde ich beide Fragen verneinen, während in Fall 68 ein langdauernder Aufenthalt in einer Trinkerheilanstalt möglicherweise gute Folgen gehabt hätte. Aschaffenburg (1908) wendet sich mit Recht dagegen, daß nach V.E. § 43 eine Einweisung in eine Trinkerheilanstalt nur erfolgen darf, wenn der Täter zu einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder Haftstrafe verurteilt worden ist, also nicht bei geringeren, aber auch nicht bei Zuchthausstrafen.

2. Aufnahme.

a) Aufnahme in Irrenanstalten.

Leider werden gemeingefährliche Geistesgestörte oft viel zu spät einer Anstalt zugeführt, worauf von allen Seiten immer wieder aufmerksam gemacht worden ist. Wie ich schon im dritten Abschnitte dargelegt habe, treten im all-

gemeinen vor Begehung einer gemeingefährlichen Handlung Erscheinungen auf, welche auf eine Erkrankung hinweisen. So bestanden in Fall 6 schon $^1/_4$ Jahr lang Verfolgungsideen, bevor S. seine Angehörigen mit einem geladenen Revolver bedrohte. In Fall 8 zerstörte die X. alles, was ihr in die Hände kam, und lief nachts mit einer brennenden Lampe auf den Speicher und in die Scheune; es war bekannt, daß sie schon zwei Jahre an Verfolgungs- und Größenwahn litt. N. in Fall 10 hatte auf die Patrouille geschossen, nachdem er kurz vorher sein Büropersonal auf Grund von Wahnideen aus dem Hause gejagt hatte; diese Handlungsweise hätte genügen müssen, um N. einer Anstalt zu überweisen.

X. in Fall 12 hatte schon $1^1/_2$ Jahre Verfolgungs- und Selbstmordgedanken geäußert, bevor er seinen Vater angriff und verletzte. In Fall 25 hatte X. sogar schon mehrere Male zum Fenster hinausgeschossen, ohne daß gegen ihn eingeschritten wurde; erst der Schuß auf einen Vorübergehenden führte zur Internierung. In Fall 36 genügten nicht einmal einige Brandstiftungen um B. einer Anstalt zuzuführen. Besonders lange warteten die Angehörigen in Fall 43; selbst die gefährlichsten Drohungen und die schlimmste Behandlung dienten nicht zur Warnung; erst der Mordversuch auf die eigene Frau brachte die Internierung des F.-L. in Fall 59 litt 4 Jahre an Verfolgungsideen, bis er zum ersten Male, weitere 6 Jahre bis er zum zweiten Male aufgenommen wurde; jedesmal wurde ein lebensgefährlicher Angriff abgewartet. In Fall 67 kam es soweit, daß S. in der Nacht, bevor er in eine Anstalt verbracht wurde, von der Polizei bewacht werden mußte, obwohl er schon lange Verfolgungsideen geäußert hatte. In Fall 71 und 73 waren Selbstmordversuche der Aufnahme vorausgegangen, die man sehr gut hätte voraussehen können. Die Handlungsweise des Paralytikers S. hätte mindestens zu einer psychiatrischen Untersuchung führen müssen; dann wäre die zweite und dritte Gefährdung eines Eisenbahnzuges nicht vorgekommen. Es gibt Angehörige, die erst dann verständig werden, wenn sie von der Schreckenstat eines Geisteskranken hören, wie der Vater von X. in Fall 100. X. in Fall 114, der ein schwerer Potator war und sich die bedenklichsten Eigentumsdelikte hatte zu schulden kommen lassen, sogar sich mit der Pistole in der Hand Geld verschafft hatte, wurde erst in eine Anstalt verbracht, nachdem er mit Selbstmord gedroht und sein Hauptgläubiger sich selbst umgebracht hatte.

Diese Beispiele könnten aus den mitgeteilten Krankengeschichten noch beliebig vermehrt werden. Sie geben ein trauriges Bild von der Uneinsichtigkeit und dem Unverstande der Bevölkerung. Rittershaus hat die gleiche Erfahrung gemacht; von 225 durch Geisteskranke hervorgerufene Todesfälle berichtete die Hamburger Presse innerhalb eines Jahres; weitaus der größte Teil hätte durch rechtzeitiges Eingreifen verhütet werden können; das Vorurteil gegen die Irrenanstalten hinderte daran.

Hier kann man sehr schwer helfen. Nach und nach wird sich vielleicht der Abscheu gegen die Irrenanstalten legen. Jedenfalls müssen alle Beteiligten an einer Hebung des Interesses für das Irrenwesen mitwirken. Cramer (1905) und Dannemann (1905) sind warm dafür eingetreten, daß man die Bevölkerung aufklären solle; Keraval wünscht, man solle Propaganda machen für die Anstalten und für eine frühzeitige Behandlung. Ich verspreche mir einen besonders günstigen Einfluß davon, wenn unsere Irrenanstalten unserer Bevölkerung bereitwilligst gezeigt werden. Vielleicht würde auch eine Beaufsichtigung der

draußen lebenden Geisteskranken von Erfolg sein; darüber wollen wir in dem folgenden Kapitel noch sprechen.

Viel seltener als Angehörige sind Ärzte oder die zuständige Verwaltungsbehörde an der Verschleppung der Aufnahme schuld. Doch kommt es leider noch häufig genug vor.

In Fall 56 genügte es meines Erachtens nicht, wenn der behandelnde Arzt die Ehefrau wiederholt ermahnte, recht vorsichtig zu sein, da ihr Mann sehr gefährlich sei; er hätte unbedingt für die Überführung in eine Irrenanstalt sorgen müssen. Im Gegensatz hierzu war in Fall 61 der Arzt bei der Hand, die Behörde schob aber die Internierung immer wieder hinaus, bis X. nachts Schüsse abgab. Auch in Fall 54 drang der Kreisarzt darauf, daß die Behörde einschreite; aber erst nach 3 Monaten stellte die Bürgermeisterei auf nochmaligen Antrag des Kreisarztes hin den Antrag auf Unterbringung in eine Anstalt. In Fall 8 hatten die Nachbarn schon am 22. XII. 98 bei der Bürgermeisterei die Überführung des X. in eine Anstalt zu erwirken gesucht, und mit Recht; sie erfolgte aber erst am 26. VII. 99.

In Fall 89 hatte die Ehefrau am 26. VI. 03 die Unterbringung ihres Mannes in eine Besserungsanstalt beantragt, da er an Säuferwahnsinn leide und sie bedrohe; infolgedessen ließ das Kreisamt den T. durch den Kreisarzt untersuchen, der feststellte, daß T. ein starker Trinker sei und zeitweise an Erregungszuständen leide, daß er aber in der letzten Woche ruhiger geworden sei und der Anstaltspflege nicht bedürfe. Am 6. VII. 03 bedrohte und mißhandelte T. seine Frau wieder und wurde, nachdem die Frau selbst Anzeige erstattet hatte, zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. In Fall 34 bescheinigte der Kreisarzt am 5. IX. 03, daß eine Wiederaufnahme in eine Irrenanstalt notwendig sei, er zog aber seinen Antrag zurück, weil der Bruder den Kranken zu sich nehmen wollte, und im Hinblick darauf, daß die Klinik eine Entlassung riskiert hatte. Diese war am 7. V. 03 vorgenommen worden, also 4 Monate früher; der Kreisarzt durfte den Zustand zur Zeit der Entlassung mit dem im September nicht gleichstellen und darauf sein Gutachten bauen. In Fall 79 bestätigte die Bürgermeisterei die Gemeingefährlichkeit nicht, obwohl N. gegen seine Umgebung gewalttätig geworden war. In manchen Fällen ist es natürlich nicht leicht, die Gemeingefährlichkeit festzustellen, besonders wenn die nötigen Unterlagen, z. B. Zeugenaussagen fehlen, wie in Fall 82; die Belassung des T. in der Freiheit hätte fast üble Folgen gehabt.

Die Schwierigkeit der Erkennung der Geisteskrankheit führt zuweilen noch dazu, daß es zu Delikten, ja sogar zur Bestrafung kommt, wie in Fall 35 und 103; immerhin dürfte es nicht vorkommen, daß ein Gericht einen Menschen ohne vorherige Zuziehung eines Psychiaters verurteilt, weil es die von ihm vorgebrachten Wahnideen für Simulation hält wie in Fall 62.

Sehr interessant ist Fall 51; die Bürgermeisterei und der Kreisarzt hatten die Überführung des X. in eine Anstalt beantragt, weil er anderen gedroht hatte; die Angehörigen und der Hausarzt waren dagegen. Das Vormundschaftsgericht stellte sich auf seiten der Angehörigen. T. wurde daraufhin in ein Sanatorium geschickt, mußte aber, da sich sein Zustand nicht geändert hatte, doch einer Irrenanstalt überwiesen werden. Zweifellos hatte die Verwaltungsbehörde, die für die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker allein ausschlaggebend ist, zu Unrecht dem Gerichte nachgegeben.

Es gibt Fälle, in denen die Aufnahme dadurch verzögert wird, daß eine geeignete Anstalt zu weit entfernt ist und daß die zur Aufnahme nötigen Papiere nicht schnell genug beschafft werden können. So mußte S. in Fall 6 eine Nacht in Polizeigewahrsam, B. in Fall 3 fünf Tage im Krankenhause zubringen und S. in Fall 67 eine Nacht unauffällig in seiner eigenen Wohnung von der Polizei bewacht werden.

Um diesem Übelstande zu begegnen, müssen erstens geeignete Asyle für Geisteskranke in allen größeren Städten und Verkehrszentren sowie genügend Platz in den Landes- sowie Provinzialanstalten geschaffen werden, worauf Dannemann (1901 und 1905), sowie Rittershaus hingewiesen haben. Zweitens muß die Aufnahme in Irrenanstalten möglichst erleichtert werden, was schon von Aschaffenburg (1912), Cramer (1905), Dannemann (1905), Keraval und Rittershaus verlangt wurde. Im März 1903 schrieb uns ein hessischer Kreisarzt, daß die Beibringung von Belegen in vielen Fällen ein meist notwendiges rasches Handeln verzögere; „mußten wir doch erst vor kurzem wieder erleben, daß in der kurzen Zeit zwischen Beantragung der Untersuchung und Bestätigung des Fragebogens der Kranke Hand an sich gelegt hatte."

Die Aufnahmen in vielen städtischen Anstalten, z. B. Frankfurt a. M., und Kliniken kann jetzt schon ohne alle Formalität vor sich gehen. Für die Aufnahmen in den Irrenanstalten bestehen Vorschriften, die in den einzelnen Bundesstaaten und preußischen Provinzen verschieden sind und zum Teil sehr viel verlangen. In allen Bestimmungen finden wir aber Zusätze, die in dringlichen Fällen eine Vereinfachung der Aufnahmeformalitäten vorsehen. In dieser Beziehung stehen am besten die Anstalten von Bayern, Sachsen, Hessen, Oldenburg, Sachsen-Meiningen, Hamburg und Posen da, die, wenn es sein muß, ohne irgend eine Formalität einen Geisteskranken vorläufig aufnehmen dürfen, wenn auch ein Aufnahmeantrag oder ein kurzes ärztliches Zeugnis in der Regel beigebracht werden soll. Die meisten Staaten und Provinzen verlangen ein ärztliches Zeugnis und einen Antrag, zuweilen einen behördlichen, Anhalt und Brandenburg außerdem eine Kostenzusicherung, die in Lübeck für Fremde beigebracht werden muß.

Wer weiß, wie schwierig oft ein ärztliches Zeugnis und ein behördlicher Antrag zu erlangen ist, besonders auf dem Lande, der kann nur in einer vollkommen formlosen Aufnahmemöglichkeit die beste Lösung finden, vorausgesetzt, daß in einer bestimmten Frist die erforderlichen Papiere nachgeliefert werden. Griesinger hat schon 1868 darauf hingewiesen und seitdem ist diese Forderung immer wieder befürwortet worden, zuletzt von dem Dresdener Stadtarzt Schubart; er führt eine Verordnung des sächsischen Ministeriums des Innern vom 11. IX. 06 an, in der dieses sich gegen die „überstürzte" Zuführung „hochgradig erregter" Geisteskranker in die staatlichen Irrenanstalten wendet und zunächst anderweitige Unterbringung befürwortet, damit die Direktion der Staatsanstalt nicht gezwungen würde, ihrer Instruktion zuwider zu handeln. Danach scheint Dannemann (1905) leider recht zu haben, wenn er glaubt, daß eine Gemeingefährlichkeit, die nicht klar auf der Hand liegt und bereits zu lebensgefährlichen Bedrohungen oder Angriffen geführt hat, für die Behörden keine Dringlichkeit darstelle.

In den meisten Staaten und preußischen Provinzen werden bei gemeingefährlichen Kranken, bzw. solchen, die wider ihren Willen aufgenommen werden,

noch besondere Bescheinigungen verlangt, so in Bayern, Baden und Hessen ein amtsärztliches Zeugnis; in Württemberg kann vom Direktor der Anstalt stets eine amtsärztliche Beglaubigung des ärztlichen Zeugnisses verlangt werden; im übrigen bestehen dort sehr umständliche Bestimmungen, Dannemann spricht von einem „Irrenprozeß mit förmlichem Instanzenzug". In Bremen kann die Medizinalbehörde einen Kranken gegen den Willen der Angehörigen einweisen; im allgemeinen steht dieses Recht der Verwaltungsbehörde zu. In Hannover muß die Verwaltungsbehörde vorher die Angehörigen des Kranken anhören. In Pommern muß die Ortspolizeibehörde ein Gemeingefährlichkeitszeugnis beibringen. In Westpreußen und nach dem Regulativ unserer Klinik sollen Zeugen über die Gemeingefährlichkeit vernommen werden.

Alle Bestimmungen gehen dahin, daß ein Kranker nur dann wider Willen in einer Irrenanstalt gehalten werden darf, wenn eine Behörde zustimmt. Sicher ist es auch am besten, wenn vor oder kurz nach der Aufnahme eine kurze amtsärztliche Untersuchung stattfindet, solange wenigstens im Volke das Vorurteil gegen die Irrenanstalten noch so groß ist. Als sehr zweckmäßig haben sich bei uns die protokollarischen Zeugenvernehmungen erwiesen, da weder der Kreisarzt noch auch die Verwaltungsbehörde sich ein genaues Bild von der Gemeingefährlichkeit machen können. Natürlich darf die Aufnahme nicht von der Zeugenvernehmung abhängig gemacht werden, wie in Fall 33, da dadurch gerade das, was wir anstreben, die möglichst schnelle Aufnahme, unmöglich wird. Ich werde auf die Zeugenvernehmungen noch bei Besprechung der Entlassung zurückkommen.

Es gibt natürlich auch Fälle, in denen man im Zweifel sein kann, ob eine Internierung angebracht erscheint oder nicht, wie in Fall 21. Die Irrenanstalt hatte die Aufnahme des J. abgelehnt, nicht allein wegen mangelnder Papiere, sondern auch deswegen, weil er keinen geisteskranken Eindruck mache. Auch der Kreisarzt konnte sich bei seiner ersten Untersuchung nicht von der Geistesstörung des J. überzeugen; erst weitere gefährliche Handlungen veranlaßten ihn, das ärztliche Zeugnis auszustellen. Durch die dann vernommenen Zeugen wurde die Gemeingefährlichkeit klar festgestellt.

Über die Einweisung in eine Irrenanstalt nach der Freisprechung auf Grund des § 51 St.G.B. ist in den Kritiken über den V. E. soviel geschrieben worden, daß eine Besprechung hierüber unnötig erscheint. Es ist allgemein bekannt, daß die Überweisung an die Landespolizeibehörde nach dem Freispruch schon zu Unzuträglichkeiten geführt hat. So z. B. glaube ich nicht, daß dem T. in Fall 119 Gelegenheit zum Entweichen gegeben worden wäre, wenn das Gericht die Überführung in eine Anstalt anzuordnen gehabt hätte.

b) Aufnahme in Sicherungsanstalten.

Auf die Aufnahme von geistesgesunden und geistig minderwertigen Gemeingefährlichen in Sicherungsanstalten brauche ich hier nicht weiter einzugehen. Es sei nur nochmals darauf hingewiesen, daß es sehr zweckmäßig wäre, wenn man einen geistig Minderwertigen rechtzeitig in eine Sicherungsanstalt unterbringen könnte, vorausgesetzt natürlich, daß die Gemeingefährlichkeit feststeht. Die Möglichkeit eines frühzeitigen Eingreifens wurde schon von v. Hentig und v. Liszt verlangt. Auch Lobedank tritt dafür ein; nur will

er bei der Aufnahme gleich die Dauer des Aufenthaltes festsetzen und glaubt, wenn die Unterbringung wegen Gemeingefährlichkeit noch über die zulässige Zeit hinaus sich als notwendig erweise, es sich nicht mehr um einen geistig Minderwertigen, sondern um einen Geisteskranken handle. Als ob die Stellung einer Diagnose von der Dauer der Gemeingefährlichkeit abhinge!

Merkwürdigerweise gibt der Entwurf zu einem österreichischen Strafgesetzbuche nur dann die Möglichkeit, eine verminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen, wenn es sich um eine dauernde Störung handelt. Bischoff hat darauf hingewiesen, daß es auf diese Weise vorkommen kann, daß einer der im Rausch ein Delikt begangen hat, statt für vermindert zurechnungsfähig für unzurechnungsfähig erklärt wird, dann aber weder in einer Irrenanstalt noch in einer Zwischenanstalt untergebracht werden kann, ja nicht einmal in einer Trinkerheilanstalt, wenn er nicht an Trunksucht leidet. In § 48 des Regierungsentwurfs ist dieser Passus nicht geändert.

3. Entlassung.

a) Entlassung aus Irrenanstalten.

Nicht so oft erfolgt die Entlassung zu früh wie die Aufnahme zu spät. Immerhin kommt eine zu zeitige Entlassung oft genug vor. Auch das liegt im allgemeinen an der Einsichtslosigkeit der Angehörigen. Man muß sich nur in die Lage des Arztes versetzen, der dauernd von den Angehörigen oder dem Kranken selbst um Entlassung gebeten, geradezu bestürmt wird. Er wird, wenn der Zustand des Kranken sich einigermaßen gebessert hat und die Familie in bedrängter Lage ist, wie in Fall 34, schließlich nachgeben und sich dadurch zu decken versuchen, daß er von den Angehörigen die Ausstellung eines Reverses verlangt, d. h. sie schriftlich erklären läßt, daß sie auf die Gefahren, welche die Entlassung mit sich bringen kann, aufmerksam gemacht worden sind und die volle Verantwortung übernehmen.

Die Frage, wann man einen Kranken gegen seinen oder seiner Angehörigen Willen in der Anstalt halten muß, ist oft sehr schwer zu entscheiden. Jedenfalls kommt es nur auf den Zustand des Internierten, nicht auf die vorausgegangene Handlung an, worauf Aschaffenburg (1908 und 1912), Cramer (1905), Delbrück und Sommer (1912) hingewiesen haben; Aschaffenburg bringt das Beispiel von einem Typhuskranken, der eine Straftat im Delirium begeht, später aber wieder vollkommen gesund wird, und Delbrück vergleicht die schwere Körperverletzung, die von einem Melancholiker begangen wird, mit der, die ein Paranoiker ausführt. Mit Recht weist Gakkebusch darauf hin, daß die Bestimmungen des russischen Strafgesetzbuches, nach denen jeder Geisteskranke, welcher eine dort näher bezeichnete Straftat begangen hat, zwei Jahre nach seiner Genesung in einer Irrenanstalt verbleiben muß, ganz unbegreiflich sind. Als Beispiel führt er eine Melancholika an, die ein Nichtchen umgebracht hatte, zur Zeit der Verhandlung völlig genesen war, aber doch in eine Irrenanstalt eingesperrt wurde.

Bei Prüfung der Entlassungsfrage sind natürlich auch die im III. Abschnitte erörterten Umstände maßgebend. In Fall 3 war die erste Entlassung gegen Revers immerhin gerechtfertigt, weil B. bisher nur Verfolgungsideen geäußert, aber noch nicht gedroht hatte, auch nicht anzunehmen war, daß er

durch Stimmenhören zu einer plötzlichen Handlung veranlaßt werden würde. In Fall 12 dagegen hatte X. schon Drohungen geäußert und in der Irrenanstalt Pfleger und Kranke angegriffen; es wäre daher wohl besser gewesen, ihn gegen den Willen der Eltern zu halten; allerdings muß man zugeben, daß X. noch über zwei Jahre zu Hause sein konnte, bis eine Verschlimmerung eintrat und X. schließlich seinen Vater verletzte.

In vielen Fällen tritt in den Anstalten eine wesentliche Beruhigung ein, so daß man eine Entlassung wagen kann, wie in Fall 24 und 25, wenn man nur annehmen darf, daß die Umgebung beizeiten eine eintretende Verschlimmerung wahrnimmt. Anders steht es in den Fällen, in denen ganz plötzlich gemeingefährliche Handlungen zu erwarten sind wie bei den Epileptikern in Fall 78 und 79; solche Kranke sollte man nicht so schnell entlassen; allerdings hat Evensen recht, daß man niemand nur der Sicherheit wegen behalten darf; das bezieht sich aber wohl mehr auf Manisch-Depressive, als auf Epileptiker und Alkoholisten, da man diese in der anfallsfreien Zeit nicht ohne weiteres als geistesgesund bezeichnen kann. Wenn erwiesen ist, daß die Anfälle, in denen die Vornahme gemeingefährlicher Handlungen befürchtet werden muß, sehr lange aussetzen, wünscht Evensen, daß das Gericht entscheide, ob eine dauernde Verwahrung nicht zu hart sei.

Jedenfalls muß man bei der Entlassung von Alkoholisten und Epileptikern äußerst vorsichtig sein. Man ist nur zu leicht geneigt, gerade Alkoholisten gehen zu lassen, da sie sich in der Anstalt fast immer gut halten. Die Entlassung hat aber oft böse Folgen, wie aus Fall 88 und 89 hervorgeht, wo J. und T. ihre Frauen immer wieder schwer mißhandelten. Andererseits gibt es genug Fälle, in denen sich die Trinker nachher gut gehalten haben, besonders dann, wenn sie längere Zeit in einer Anstalt abstinent gelebt haben, so hatte X. in Fall 44 keinen Rückfall, nachdem er über ein Jahr interniert gewesen war. Im allgemeinen wird man mindestens einmal eine Entlassung versuchen müssen. Nach unseren Krankengeschichten macht es mir den Eindruck, daß die Alkoholisten, die an Eifersuchtswahn leiden, sich später besser draußen halten, als die, welche bei jedem Rausch in die heftigste Erregung geraten. Die eifersüchtigen Trinker scheinen noch etwas mehr Widerstandskraft zu besitzen und nicht selten sich wieder emporzuarbeiten, wenn sie sich von ihrer Frau trennen, worauf ich noch zurückkommen werde.

Recht schwierig war die Entlassungsfrage in Fall 57; die Angehörigen traten sehr energisch auf und versprachen E. bei einem Arzte unterzubringen. Infolgedessen wurde die Entlassung genehmigt. Es war aber nicht möglich, E. länger als 14 Tage draußen zu halten. Fall 58 und 102 wurde die Unterbringung in einer offenen Anstalt versucht, aber ohne Erfolg.

Bei Selbstmordgefährlichen muß man besonders vorsichtig sein, vor allem dann, wenn sie ein heiteres Gesicht machen; der Wille zum Selbstmord sitzt bei den meisten Kranken erschreckend fest. E. in Fall 75 hatte schon vor der Aufnahme gesagt, er werde sich doch erschießen, und tat es auch kurz nach der Entlassung. Leider geben nicht alle Bestimmungen, wie wir im I. Abschnitt gesehen haben, den Anstaltsleitern das Recht, selbstgefährliche Kranke wie gemeingefährliche zu behandeln.

In allen Fällen ist bei der Entlassung von Kranken, die früher gemeingefährlich waren, große Vorsicht geboten; Aschaffenburg (1909), Schultze

(1910 und 1911) und Wilmanns (1910) haben vorgeschlagen, daß die Entlassung nur auf Widerruf erfolgen solle. Keraval wünscht vor der definitiven Entlassung die Unterbringung in einem offenen Hause oder in Familienpflege. Dannemann (1905) sagt: „Allen diesen Kranken, welcher Gruppe sie auch angehören mögen, wohnt genau genommen, eine latente Gemeingefährlichkeit inne" und Näcke (1913) erklärt: „Wir müssen beurlauben und entlassen, trotzdem wir wissen, daß jeder entlassene oder beurlaubte Geisteskranke draußen gefährlich werden kann. Auf dem Direktor der Anstalt ruht also eine furchtbare Verantwortlichkeit!" Um diese Verantwortung wenigstens zum Teil vom Direktor abzunehmen, haben wir zwei Mittel: den eingangs dieses Kapitels erwähnten Revers und die Mitwirkung der Verwaltungsbehörde.

Im Reverse übernehmen die Angehörigen die Verantwortung; meines Erachtens können sie es aber nur dann, wenn sich die Angriffe des Kranken nur gegen sie selbst richten, wie in Fall 44, 45 und 53. In diesen Fällen sollte man bei der Entlassung auch keine Schwierigkeiten machen, es sei denn, daß man annehmen muß, daß die Gemeingefährlichkeit nicht auf das enge Gebiet beschränkt bleibt. Anders liegt es schon, wenn minderjährige Kinder auch bedroht werden. In diesem Falle müßte man genau so, wie in den Fällen, in denen Fremde bedroht werden, sich mit einem einfachen Reverse nicht zufrieden geben. Was haben denn Fremde davon, wenn der Ehegatte die Verantwortung für den Kranken übernommen hat und er wird nachher erschossen? In solchen Fällen hat, genau genommen, der, welcher den Revers unterschrieben hat, eine fahrlässige Tötung begangen. Nehmen wir beispielsweise Fall 58, in dem der Vater des Kranken ausdrücklich auf die Gemeingefährlichkeit und Überwachungsbedürftigkeit des Kranken hingewiesen wurde. Hätte der Vater ihn nicht in eine andere Anstalt untergebracht, wie er vorhatte, und wäre durch den Kranken ein Unglück geschehen, so hätte man den Vater dafür verantwortlich machen sollen. Zivilrechtlich würde man die Angehörigen auf Grund des § 832 B.G.B. haftbar machen können. Rittershaus möchte dem Staatsanwalt eine gesetzliche Handhabe geben für solche Fälle, in denen Angehörigen gegen den ärztlichen Rat selbstmordgefährliche Kranke mit nach Hause nehmen, und diese dann Selbstmord begehen.

Die Mitwirkung der Verwaltungsbehörden bei der Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker ist in den einzelnen Staaten verschieden. In Preußen müssen die Anstaltsdirektoren der Verwaltungsbehörde Gelegenheit zur Äußerung geben und auf diese 3 Wochen warten, bevor sie die Entlassung vornehmen. Bei der definitiven Entlassung soll der Verwaltungsbehörde nochmals eine Mitteilung zugehen. Die Anstaltsdirektoren bzw. Landesdirektoren sind aber nicht an die Erwiderung der Verwaltungsbehörde gebunden. Eine Bestimmung, die nach Moelis Ansicht (1913) in einem zukünftigen preußischen Irrengesetz geändert wird. Vor kurzem hat Bresler bei einer Reihe von Anstalten angefragt, welche Erfahrungen bei Anwendung des preußischen Ministerial-Erlasses vom 15. VI. 01 betreffend das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker gemacht worden seien. Die Antworten lauteten durchweg günstig. Nur selten erheben die Behörden Einspruch gegen eine in Aussicht genommene Entlassung; sie erfolgte dann in der Regel durch Verfügung des Landesdirektors. Ähnlich wie in Preußen liegen die Verhältnisse in Sachsen und Hessen; nur ist in diesen beiden Staaten eine Entscheidung des Ministeriums möglich, wie sie

auch in unserem Falle 101 erfolgt ist, die dahin lautete, daß die Staatsanwaltschaft die Entmündigung einleiten solle. Das Ministerium stellte sich somit auf den Standpunkt, daß in erster Linie das Zivilrecht maßgebend sein soll, was auch in der Verfügung der Medizinalkommission des Senats von Bremen zum Ausdrucke kommt: „Kommt beim Widerstreben des Kranken seine zwangsweise Internierung in Frage, so entscheiden in erster Linie die Bestimmungen des bürgerlichen Rechts". Wir werden später noch darauf zurückkommen.

Wenn es möglich ist, wird man bei der Frage der Entlassung den Verwaltungsbehörden entgegenkommen, sowohl wenn diese sich dagegen, als auch wenn sie sich dafür ausspricht. So wurde N. in Fall 52, 54 und T. in Fall 82 auf Ersuchen der Bürgermeisterei entlassen. C. in Fall 101 wurde schließlich auch, nachdem er entmündigt worden war, auf Drängen des Vaters, des Vormundes und der Bürgermeisterei von seinen Angehörigen abgeholt. Wenn eine Verwaltungsbehörde die Verantwortung mitübernimmt, wird der Anstaltsdirektor dadurch selbstverständlich mehr entlastet, als wenn nur die Angehörigen einen Revers unterschreiben. Natürlich kann man von dem Vorstande einer Bürgermeisterei auch keine psychiatrischen Kenntnisse verlangen; leider glauben sie aber selbst zuweilen, solche zu besitzen, wie aus der Antwort der Bürgermeisterei in Fall 62 hervorgeht, in der es heißt: „Irrsinnig ist er nicht, aber ein Querulant", obwohl aus unserer Krankengeschichte und den anderen Sätzen des behördlichen Schreibens hervorgeht, daß es sich um eine paranoide Erkrankung handelt.

Zu sehr darf man auf die Wünsche der Verwaltungsbehörden allerdings auch nicht eingehen, wenigstens in Preußen nicht, wo die Provinzialverwaltung allein die Verantwortung trägt. Hübner erwähnt ein Schreiben eines Landesdirektors an den zuständigen Oberpräsidenten, aus dem hervorgeht, daß in einem Falle, in dem ein Kranker, der entlassen werden sollte, auf Einspruch der Polizeibehörde hin zurückbehalten wurde, die Staatsanwaltschaft eine Untersuchung wegen Freiheitsberaubung einleitete.

Schultze (1912) vertritt die Ansicht, daß es am besten sei, wenn die Heimatbehörde oder die Behörde des Ortes, an den sich der Kranke begeben will, die Entlassungsfrage entscheide. „Dem Arzte kann es nur erwünscht sein, wenn ihm die Verantwortung abgenommen wird." In den meisten Staaten, wie Bayern, Württemberg, Baden, Braunschweig, Anhalt, Sachsen-Altenburg, Hamburg und Lübeck, besteht jetzt schon die Bestimmung, daß die Verwaltungsbehörde die Entscheidung über die Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker zu treffen hat. Daß die Ärzte nicht gern auf die Verwaltungsbehörden angewiesen sind, ist selbstverständlich; andererseits muß man sagen, daß die Verwaltungsbehörde sich am besten über die Umgebung, in die der zur Entlassung kommende gebracht werden soll, unterrichten kann, und darauf kommt doch sehr viel an.

In einigen Staaten, wie in Mecklenburg und Bremen, gibt die Medizinalbehörde den Ausschlag; in Sachsen-Meiningen darf der Anstaltsdirektor die Entlassung nicht zulassen, wenn nicht anderweitig sichere Vorkehrungen getroffen und ihm dieses nachgewiesen ist.

Vielleicht bekommen wir später noch einmal ein einheitliches Sicherungs- und somit auch Entlassungsverfahren, worauf ich noch bei Besprechung der Entmündigung zurückkommen werde.

In der Schweiz sind die Bestimmungen in den einzelnen Kantonen auch verschieden, so ist in Basel nur die rechtzeitige Anzeige der Entlassung erforderlich, während in Zürich die Verwaltungsbehörde entscheidet. In Niederösterreich muß die Anzeige der Entlassung erstattet und, falls der Gemeingefährliche gegen den Willen der Anstaltsleitung entlassen werden soll, ein Revers der Verwaltungsbehörde eingefordert werden.

Es sei hier nur noch der Vorschlag von Pollitz erwähnt, daß jede Entlassung und Beurlaubung eines geisteskranken Verbrecher von einem ebenso eingehenden Gutachten abhängig gemacht werde, wie die Aufnahme in eine Anstalt, ferner der Rat Moelis (1913), man solle dem als geisteskrank Eingewiesenen eine möglichst weitgehende selbständige Mitwirkung bei dem die Aufhebung der polizeilichen Verfügung bezweckenden Verfahren gewähren und ihm das Recht geben, falls er zu verständigen Äußerungen fähig ist, das erforderliche Rechtsmittel selbst einzulegen.

In Kliniken, die nur eine sehr geringe Anzahl Betten haben und zum dauernden Halten der Kranken nicht verpflichtet sind, kommt es vor, daß sie die zuständige Behörde benachrichtigen, sie solle ihren Kranken abholen und anderweitig unterbringen. Leider muß man hie und da die Erfahrung machen, daß solche Mitteilungen nicht berücksichtigt werden, wie z. B. in Fall 61, indem dann der Kranke der Heimatbehörde zugeführt werden mußte, die ihn in ihrem Krankenhause unterbrachte, was sicher auch nicht am zweckmäßigsten war.

In Hessen beanspruchen die Anstalten die Behörden nicht nur dafür, daß diese ihre Ansicht über die Entlassung äußeren, sondern auch, daß sie durch Vernehmung von Zeugen den Anstaltsdirektoren Material geben, damit diese selbst sich ein Bild von den Verhältnissen und dem Leben des Kranken außerhalb der Anstalt machen können. Wie vorteilhaft dieses für den Anstaltsdirektor ist, geht aus folgenden Beispielen hervor. In Fall 3 dissimulierte der Kranke, so daß die Feststellung der Erkrankung nicht leicht war; die Zeugenvernehmungen aber unterrichteten uns gut über das Vorleben und gaben genügend Anhaltspunkte zur sicheren Beurteilung der Geisteskrankheit und Gemeingefährlichkeit. In Fall 18 und 86 waren die Vernehmungen erforderlich, weil der Kranke alles bestritt, in Fall 20 und 21, weil im kreisärztlichen Zeugnis die Gemeingefährlichkeit bescheinigt war, wir selbst uns aber nicht davon überzeugen konnten, in Fall 44 bis 46 sowie 88 und 89, weil wir den Angaben der Ehefrau nicht unbedingt glauben konnten; auch in Fall 99 durften wir nicht allzu großen Wert auf die Erklärungen der Angehörigen legen, da finanzielle Angelegenheiten mitspielten. Q. in Fall 47 war freiwillig gekommen, er machte aber Angaben, die ihn als gemeingefährlich und eine gründliche Klärung der Verhältnisse als erforderlich erscheinen ließen.

Die Aussagen der Angehörigen sind natürlich nicht immer einwandfrei, wie aus Fall 33 hervorgeht, in dem sich sogar nachher die Kinder der Überführung der Mutter widersetzten. Andererseits kann man nicht immer auf sie verzichten, besonders wenn, wie bei der letzten Handlung in Fall 89, die Angehörigen allein Auskunft geben können.

Nur in den seltensten Fällen, wie in Fall 2, werden die Protokolle über die Zeugenvernehmungen gleich bei der Aufnahme mitgeschickt; daß dieses geschieht, ist nicht nötig, da sie erst bei Prüfung der Entlassungsfrage von besonderem Wert sind.

Leider muß hier auch ein Punkt berührt werden, der recht unerfreulich ist: die Kostenfrage; die Kostenlast ist für die kleinen Gemeinden und selbstzahlenden Familien — wie in Fall 89 — oft sehr bedeutend, worauf unter anderem Hübner und Näcke (1913) hingewiesen haben; es wird daher auf Entlassung der Kranken gedrängt. Manche Angehörigen wollen auch die Überführungskosten sparen, wie in Fall 4 und 27. Sicher besteht bei der Fahrt eines Geisteskranken mit seinen Angehörigen eine viel größere Gefahr, als wenn geschulte Pfleger mitgehen; außerdem lassen sich die Angehörigen gewöhnlich dazu überreden, den Kranken noch einige Tage zu Hause zu halten.

Auch die Landarmenverbände sind froh, wenn sie einen Kranken nicht zu übernehmen brauchen; zu welchen Folgen das führen kann, zeigt Fall 120: K. hatte am 14. VIII. 01 ein Mädchen auf bayerischem Gebiete überfallen und war auf preußischem Gebiete verhaftet worden. Er wurde der bayerischen Behörde überwiesen; diese verweigerte aber die Annahme, da K. sich geisteskrank stellte und angab, aus einer Irrenanstalt entsprungen zu sein; daraufhin ließ ihn die preußische Behörde laufen. Am 21. VIII. wurde er in Hessen bei einem Einbruchsdiebstahl überrascht. Soll hier entgültige Abhilfe gebracht werden, so muß ein Reichsarmenverband geschaffen werden.

b) Entlassung aus Sicherungsanstalten.

Daß eine große Anzahl der Verbrecher, über die berichtet worden ist, nicht in die Freiheit hätte entlassen werden dürfen, geht aus den Ausführungen des III. und dieses Abschnittes zur Genüge hervor, wenn auch die Behauptung Kauffmanns jeder entlassene Zuchthausgefangene könne als gemeingefährlich bezeichnet werden, übertrieben ist. Leider haben wir bis jetzt noch nicht die Möglichkeit, geistesgesunde Verbrecher zurückzuhalten.

In Fall 129, vielleicht auch in Fall 116, hätte meines Erachtens nach der Entlassung aus der Strafanstalt die Internierung in eine Irrenanstalt erfolgen müssen, da zweifellos K. während des Strafvollzuges Zeichen geistiger Störung gezeigt hatte. Leppmann (1912) verlangt, daß kein Strafanstaltsarzt einen Gefangenen nach der Strafverbüßung auf freien Fuß kommen läßt, dessen Geisteszustand ein derartiger ist, daß er bei einer neuen Straftat nicht verantwortlich zu machen wäre.

Leider bringen uns die neuen Gesetze und Entwürfe keine Sicherungshaft von unbestimmter Dauer, was auch von Hentig (1914) sehr bedauert. Nur in Amerika gibt es nach Stammer in einigen Staaten eine unbestimmte Verurteilung. Ebenso falsch, wie eine Sicherungshaft, die keine Aufhebung zuläßt, ist eine solche, die nach einer ganz bestimmten Anzahl Jahre ein Zurückhalten nicht mehr gestattet, wie sie unser V.E. vorschlägt und die Strafgesetzbücher von Norwegen und der Schweiz schon enthalten. Clement weist darauf hin, daß gerade die bei uns vorgesehene Gemeinschaftshaft die allerschwersten Verbrecher noch schlimmer macht, als sie schon sind. Aber entlassen werden müssen sie nach der festgesetzten Zeit.

Kräpelin ist schon 1880 für die Abschaffung des Strafmaßes eingetreten und Aschaffenburg hat auf der I. K. V. (1905) erklärt: „Der Arzt wird sagen: so wird die Krankheit voraussichtlich verlaufen. Aber er wird sich hüten, sich auf einen ganz bestimmten Termin und Ausgang festzulegen. Ich möchte raten, das auch bei unseren Verbrechern zu tun". „Ich glaube, wir kommen

nicht um die unbestimmte Strafurteile in irgend einer Form herum", eine Ansicht, die er in seinem Buche „Das Verbrechen und seine Bekämpfung", ferner, auf der Versammlung der I. K. V. 1910 sowie auf dem 28. D. I. T. (1907) wiederholte und die auch Kahl teilte und von der Versammlung des D. I. T. zum Beschluß erhoben wurde. Auf den gleichen Standpunkt hat sich Moravcsik auf einer Versammlung des Kgl. ungarischen Ärztevereins gestellt. Auch Garçon und Torp haben auf der 12. Versammlung der I. K. V. 1913 sich dahin ausgesprochen, daß für die Sicherungshaft kein Höchstmaß bestimmt werden solle, im Gegensatz zu Nabakoff; der Kongreß neigte mehr zur Auffassung Garçons und Torps.

Auch den zuerst erwähnten Punkt: die Sicherungshaft ohne Aufhebungsmöglichkeit bringt uns leider unser Vorentwurf. Mittermaier sagt sehr richtig: „Wir dürfen uns nicht scheuen, einen Menschen, der für „unverbesserlich" erklärt wurde, unter Umständen nach einiger Zeit wieder unter die sozialbrauchbaren einzureihen". Dieses gilt um so eher für die gemeingefährlichen, die ja nicht unverbesserlich zu sein brauchen. Als Beispiel sei nur Fall 84 angeführt, in dem C. viele Jahre hindurch Delikt auf Delikt beging und schließlich doch zu einem geordneten Leben zurückkehrte. Auch in Fall 85 hatte man keine Besserung mehr erwartet.

In den von v. Hentig mitgeteilten englischen Entwürfen zur Verwahrung geistig Minderwertiger wird bestimmt, daß die Notwendigkeit der Verwahrung von Zeit zu Zeit durch eine neue ärztliche Untersuchung festgestellt werden müsse, und daß von einer Verwahrung Abstand genommen werden kann, wenn die Angehörigen nachweisen, daß sie die gleiche Aufsicht wie in der Anstalt ausüben werden.

Das gleiche gilt natürlich auch für Trinker, was Aschaffenburg (1908) näher ausgeführt hat.

Zum Schlusse sei noch auf Fall 130 hingewiesen, in dem der Strafanstaltsdirektor in einer in den Akten befindlichen Bemerkung darauf hinweist, daß es nicht immer angebracht ist, einen Verbrecher nach seiner Entlassung aus der Strafanstalt in eine fremde Gemeinde zu verpflanzen. Zweifellos hatte der Hilfsverein den besten Willen, dem Manne zu helfen. In seiner Heimatgemeinde aber wäre er sicher unter besserer Aufsicht gewesen; außerdem ist es ein Unrecht der fremden Gemeinde gegenüber, ihr einen Menschen zuzuführen, von dem man annehmen konnte, daß er rückfällig werden würde.

2. Kapitel.

Die Entmündigung und Beaufsichtigung.

Nach unserem geltenden Zivilrecht können Geistesgestörte nur dann entmündigt werden, wenn sie ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen. Die Entmündigung erfolgt in erster Linie zu ihrem eigenen Schutze.

Etwas anders liegt die Sache bei Trinkern, worauf Sommer (1914) erst kürzlich wieder hingewiesen hat; nach § 6 Abs. 3, wird wegen Trunksucht auch der entmündigt, welcher die Sicherheit anderer gefährdet. Im Anschlusse daran verlangen viele, Juristen und Psychiater, daß auch Geisteskranke, die anderen gefährlich sind, entmündigt werden sollen. Hoche (1909) hält die verschiedene Behandlung der Geisteskranken und Trunksüchtigen direkt für unlogisch.

Dieser Forderung parallel geht eine andere, welche bei jeder Einweisung eines gemeingefährlichen Geistesgesunden und Geisteskranken ein besonderes Verfahren vorsieht zum Schutze des Eingewiesenen und der Allgemeinheit, ganz unabhängig von einem strafrechtlichen Verfahren.

Wir wollen zunächst auf die Entmündigung als solche näher eingehen. Das Schweizerische Recht läßt sie wegen Gemeingefährlichkeit zu, worauf Aschaffenburg (1912) ausdrücklich aufmerksam macht. Das deutsche und österreichische Recht vertritt diesen Standpunkt nicht. Das Reichsgericht hat schon in seinem Urteil vom 17. XI. 96 die Entmündigung abgelehnt, solange Geschäftsfähigkeit besteht; Cramer (1903) und Hübner haben die Entscheidung wörtlich wiedergegeben; es heißt in ihr, daß so wenig Gemeingefährlichkeit an sich ein Grund der Entmündigung sei, so wenig könne sie selbst in Verbindung mit einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit für sich allein die Entmündigung rechtfertigen. Auf dem gleichen Standpunkte steht das preußische Justizministerium, wie wir bei Dannemann (1912) lesen und der österreichische oberste Gerichtshof, wie Bischoff berichtet. Aus diesem Grunde wurde auch die Entmündigung in Fall 119 sowie 125 abgelehnt und in Fall 129 aufgehoben. Auch der Bescheid des Staatsanwalts in Fall 82 dürfte darauf zurückzuführen sein, allerdings mit Unrecht; denn es lag eine Geistesstörung vor und T. konnte seine Angelegenheiten nicht besorgen. Auf Grund des § 646 Z.P.O. hätte der Staatsanwalt das Recht gehabt, die Entmündigung zu beantragen.

Einer der eifrigsten Vorkämpfer für die Entmündigung Gemeingefährlicher ist Dannemann. Er hat, wie wir aus seinem auf dem VII. internationalen Kongreß für Kriminalanthropologie gehaltenen Vortrage (1912) entnehmen, sich mit einer großen Zahl Gefängnisärzten in Verbindung gesetzt und von diesen erfahren, daß alle mit ihm übereinstimmten, daß es angebracht sei, der Entmündigung zum Zwecke der Sicherung das Wort zu reden; manche allerdings versprechen sich nicht allzuviel von der Maßnahme, aber weniger wegen der Eigenschaften der zu Bevormundenden, als vielmehr wegen der Schwierigkeit tatkräftige, verständnisvolle Vormünder zu finden.

Auch andere Autoren sind für diese Entmündigungsmöglichkeit eingetreten, so Crasemann, der eine Berufsvormundschaft verlangt, von Hessert und Mittermaier (1908). Der Verband deutscher Berufsvormünder hat sich wie Dannemann (1912) berichtet, im Anschluß an ein Referat von Weygandt unumwunden für eine weit häufigere Verhängung der Kuratel bei bestehender psychischer Minderwertigkeit und dadurch bedingtem unsozialem Verhalten ausgesprochen. Heilbronner hat vorgeschlagen, bei Unfähigkeit zur selbständigen Lebensführung (zivilrechtlicher Schutzbedürftigkeit) die Entmündigung oder eine andere Form des Schutzes einzuführen, auch ohne Nachweis einer speziellen krankhaften Veranlagung. Wie ich schon vorher mitteilte, steht die Medizinalkommission des Senats von Bremen auf dem Standpunkte, daß bei Zwangsmaßregeln gegen Geisteskranke in erster Linie die Bestimmungen des bürgerlichen Rechts in Betracht kommen; diese Ansicht hat das hessische Ministerium in unserem Falle 101 praktisch durchgeführt dadurch, daß sie den Staatsanwalt anwies die Entmündigung einzuleiten. Ob eine Verwaltungsbehörde diesen Weg einschlagen will oder nicht, steht natürlich ganz bei ihr; nach dem geltenden Rechte ist an sich überhaupt kein Zusammenhang zwischen Entmündigung und Anstaltsbehandlung, was auch Moeli (1906) ausdrücklich betont. Schultze

(1911) verlangt für alle vermindert Zurechnungsfähigen einen Fürsorger oder Pfleger.

Manche Autoren haben sich gegen die Entmündigung Gemeingefährlicher ausgesprochen, so Hübner und Schultze (1912). Sie begründen ihre Stellung damit, daß die Entmündigung an sich die Wiederholung verbrecherischer Handlungen nicht zu hindern vermag und daß eine Internierung ohne Entmündigung mit Hilfe der Polizei durchgeführt werden könne. Dannemann (1912) sagt dagegen: „Was schadet es, wenn es nicht in allen Fällen glückt, das angestrebte Ziel zu erreichen, und wenn der Nutzen in manchen anderen illusorisch erscheint. Darf man darum prinzipiell gegen diese Maßnahmen sein? . . . Warum, frage ich, sollen wir den § 6 B.G.B. also nicht auf so manchen ruhig anwenden, den seine Geistesbeschaffenheit eben hindert, eine der wichtigsten Angelegenheiten, die dem Staatsbürger obliegt, die korrekte Einführung in die Gesellschaftsordnung, selbst wahrzunehmen?“

Sicher hindert die Entmündigung durchaus nicht immer an der Vornahme gemeingefährlicher Handlungen; so machte C. in Fall 26, was er wollte, trotzdem er entmündigt war. Auch in Fall 68 war kein Erfolg zu erkennen. In beiden Fällen mußte später die Internierung erfolgen. In Fall 114 wurde X. schon 1887 entmündigt, machte aber trotzdem andauernd Schulden und bediente sich dabei Mittel die ihn gemeingefährlich erscheinen lassen mußten; die Internierung erfolgte erst, als er mit Selbstmord gedroht und seinen Hauptgläubiger zum Selbstmord verleitet hatte. Erst nachdem X. $5^1/_2$ Jahre in einer Irrenanstalt gewesen war, wurde er entlassen. Hierher gehört auch Frau H., die interniert werden mußte, trotzdem sie entmündigt war, später aber sich gut durcharbeitete. Ich glaube, daß gerade für die Fälle die Entmündigung am Platze ist, die probeweise aus der Irrenanstalt — und auch aus Sicherungsanstalten — entlassen werden. Der Vormund muß dann von dem Leiter der Anstalt auf die Eigentümlichkeiten des zu Entlassenden aufmerksam gemacht und ihm Verhaltungsmaßregeln mitgegeben werden. Man muß ferner davon überzeugt sein, daß er gewissenhaft die Aufsicht über sein Mündel ausübt. Daß man nicht einen Verwandten, mit dem der zu Entmündigende stets Streit hatte, zum Vormund wählen soll, wie in Fall 43, ist selbstverständlich. Daß die Entmündigung bei der Entlassung aus der Anstalt berechtigt war, ersehen wir aus Fall 66, 101 und 13, ebenso scheint sich der Bruder des S. von Fall 42, der auch früher in einer Anstalt war, jetzt gut zu Hause zu halten.

Zuweilen ist es nicht ungefährlich, wenn man einen Kranken, der sich in der Freiheit aufhält, entmündigt, wie in Fall 39; N. wollte ihren Schwager, welcher die Entmündigung beantragt hatte, erschießen, und es hätte nicht viel gefehlt, daß sie es ausgeführt hätte.

Selbst in Fällen, in denen keine Gemeingefährlichkeit im engeren Sinne vorliegt, wie in Fall 104, ist es besser die Entmündigung während des Aufenthaltes in einer Anstalt vorzunehmen, da man vor Erregungen, die das Verfahren mit sich bringt, nie sicher ist.

Ich glaube, daß gerade für entlassene Geisteskranke und Gefangene die Entmündigung besonders dann sehr gute Dienste leisten würde, wenn der Vormund seinem Mündel einen bestimmten Aufenthaltsort anweist und sofort wieder die Internierung beantragt, wenn es ohne seine Erlaubnis sich entfernt hat. Von diesem Gesichtspunkte wäre eine Entmündigung in sehr vielen vorn mit-

geteilten Fällen angebracht gewesen; ich nenne nur Fall 19; wir wissen genau, daß C. sich bald hier bald dort aufhält, so daß eine Beaufsichtigung ausgeschlossen ist; hier könnte ein energischer Vormund sicher einen günstigen Einfluß ausüben. B. in Fall 31 hätte auch entmündigt und auf diese Weise von seinem alten Wohnort ferngehalten werden müssen.

In allen Fällen muß man sich fragen: Zu was ist der Vormund imstande? Hat er die Macht sein Mündel genügend zu beaufsichtigen und hat er die Fähigkeiten dazu?

Liegen zur Zeit der Entlassung noch Wahnideen vor, wie in Fall 23—27, sind neue Depressionen zu erwarten, wie in Fall 70—74, sind die ersten Zeichen einer Paralyse festgestellt wie in Fall 95, usw., so wird der Vormund nicht früh genug entscheiden können, wann neue gemeingefährliche Handlungen zu erwarten sein werden. Da wäre eine besondere Aufsicht am Platze, eine Art Gesundheitsaufsicht, wie Bleek es nennt. Ich glaube, daß in Fall 12, in dem die Angehörigen so lange mit der Internierung gewartet haben, der Angriff des X. auf seinen Vater verhindert worden wäre, wenn psychiatrische Aufsicht bestanden hätte. Auch bei S. in Fall 19 würde neben der Vormundschaft noch fachmännische Aufsicht zu empfehlen sein, da der Vormund sicher nicht beurteilen kann, wann sich das Leiden so verschlimmert hat, daß eine Internierung erforderlich erscheint.

Für Baden ist ausdrücklich bestimmt, daß die außerhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken der Beaufsichtigung der Bezirksärzte unterstehen, während im Württembergischen Statut nur steht, daß bei Entlassung Geisteskranker die für nötig erachtenden ärztlichen Ratschläge dem Oberamtsphysikat mitzuteilen seien, und im hessischen Regulativ, daß bei Entlassung gemeingefährlicher Kranke das Kreisgesundheitsamt unter Darlegung des Krankheitszustandes rechtzeitig zu benachrichtigen sei. Daraus geht wohl hervor, daß die Kreisärzte die Beaufsichtigung übernehmen.

Cramer (1905) will psychiatrisch gebildeten Medizinalbeamten die Aufsicht über die sich frei bewegenden Geisteskranken übertragen. Auch Crasemann und Keraval treten für eine derartige Schutzaufsicht ein; Leppmann (1901) spricht von einer Staatskontrolle und führt ein Beispiel an von einem alten Kriegsinvaliden, der lange in einer Irrenanstalt gesessen, dann aber als harmlos entlassen worden war; niemand kümmerte sich mehr um ihn, bis er sich plötzlich nach 18 Jahren gegen § 176[3] St.G.B. verging und bestraft wurde. In der Strafanstalt stellte sich heraus, daß der Mann geisteskrank und vor 18 Jahren aus einer Irrenanstalt entlassen worden war. Leppmann glaubt, daß gerade in diesem Falle eine Beaufsichtigung von großem Vorteil gewesen wäre. Eine diskrete Beaufsichtigung wünscht auch Dannemann (1905); er hält es für zweckmäßig, daß die in Frage kommenden Personen einer Zentrale namhaft gemacht werden und die Kreisärzte die Aufsicht führen. Selbstverständlich verwirft er den in Preußen üblichen Modus, daß die Polizeibehörde die Kranken beaufsichtigt. Einen Meldezwang der Ärzte, wie bei Infektionskrankheiten, hält Dannemann für nicht geeignet, da hierdurch das Publikum voraussichtlich in vielen Fällen abgehalten würde, einen Arzt um Rat zu fragen. In Württemberg sind die Ortsvorsteher verpflichtet, alle ihnen zur Kenntnis gelangenden Fälle von Geistesstörung untersuchen zu lassen; die Stuttgarter Polizei führt eine Liste über alle ihr bekannten Fälle. Von Hessert verlangt

die Beaufsichtigung aller Geisteskranken, die sich außerhalb der Staatsanstalten befinden, durch eine besondere ärztliche Behörde, analog dem in Zürich bestehenden Kantonalirreninspektorat. Eine solche könnte auch den Kreisärzten beistehen, wenn, wie in Fall 54 und 61, die Anträge des Kreisarztes unberücksichtigt bleiben; sie könnte auch mit Ratschlägen helfen, wenn, wie in Fall 51, Behörden und Ärzte uneinig sind.

Der Entwurf zum niederländischen Psychopathengesetze kennt eine Bestimmung, nach der sich der zu Entlassende, wenn es von ihm verlangt wird, in ärztliche Behandlung begeben muß. Van der Torren wünscht, daß dieses Sich-zur-Verfügungstellen auch auf Geisteskranke angewandt werden solle. Erhardt ist auch auf dem D. J. T. von 1912 und van Hamel auf der I. K. V. von 1910 für eine Überwachung der entlassenen Verbrecher eingetreten.

Kommen wir nunmehr auf die Vormundschaft zurück, so muß man sagen, daß in vielen Fällen, besonders bei Entlassungen aus Anstalten eine Vormundschaft am Platze ist, daß aber nebenher eine staatliche Aufsichtsbehörde bestehen muß, die den Vormund unterstützt, wenn es nötig ist, aber auch selbständig durch Vermittlung der Verwaltungsbehörde eingreifen kann. Daß weder Vormund noch Verwaltungsbehörde allein die Aufsicht über Geisteskranke führen können, geht aus der schon früher erwähnten Auskunft einer Bürgermeisterei über einen Geisteskranken in Fall 62 hervor: „Irrsinnig ist er nicht, aber ein Querulant".

Bisher war stets von der Zweckmäßigkeit der Entmündigung und Beaufsichtigung die Rede, falls die Gemeingefährlichen draußen leben. Wir wollen nun noch kurz die Ansichten mitteilen, die über das bei der Aufnahme und Entlassung der Gemeingefährlichen in und aus Irren- und Sicherungsanstalten einzuschlagende Verfahren herrschen.

Nach dem geltenden Recht, was sich natürlich nur auf die Irrenanstalten bezieht, weist die Verwaltungsbehörde ein, auch dann, wenn ein Strafverfahren vorhergegangen ist. Bei der Entlassung ist, wie wir im vorigen Kapitel gesehen haben, auch die Verwaltungsbehörde, sei es beratend, sei es bestimmend tätig. Neuerdings gehen die Wünsche dahin, daß die Gerichte zur Regelung der Sicherungsmaßnahmen herangezogen werden.

Darüber scheint kein Zweifel zu bestehen, daß bei Einstellung eines Strafverfahrens oder Freisprechung zunächst der Strafrichter die Überführung in eine Anstalt anzuordnen hat; so bestimmen es auch die Entwürfe von Deutschland, Österreich und der Schweiz und so ist es in England schon seit dem Gesetze vom 28. VII. 1800, wie uns Aschaffenburg mitteilt (1912). Dagegen gehen die Ansichten auseinander über das, was weiter geschehen soll. Verhältnismäßig einfach liegt die Sache bei Geistesgesunden; für sie haben Aschaffenburg und Mayer auf dem 28. D. J. T. eine Strafvollzugskommission vorgeschlagen, die über ihr ferneres Geschick entscheiden soll.

Schwieriger ist die Entscheidung bei den gemeingefährlichen Geisteskranken und geistig Minderwertigen. Unser V. E. und der G. E., natürlich mit ihm Kahl, überweisen diese zur Sicherung der Verwaltungsbehörde, während Bleek, Mittermaier (1911) und Philipsborn, sowie der österreichische und schweizerische Entwurf, über welche Dreyer ausführlich berichtet hat, den Strafrichter weiter walten lassen wollen und in Schottland sogar der Staatsanwalt maßgebend ist, worauf Pandy hingewiesen hat. Die Psychiater möchten

lieber dem Strafrichter, nachdem er vorläufig entschieden hat, alles andere entziehen und auch die Verwaltungsbehörde ausschalten. Sie halten das strafrechtliche Hauptverfahren für ungeeignet und den Strafrichter für voreingenommen; andererseits genügt ihnen eine verwaltungsbehördliche Entscheidung bei einer so einschneidenden Maßnahme nicht. Nur Leppmann hält eine Feststellungsbehörde, die aus Ärzten, Juristen und Laien bestehen soll für geeignet. Die meisten anderen Autoren wollen die Aufnahme- und Entlassungsfrage dem Zivilrichter zur Entscheidung übergeben, die einen in einem Entmündigungsverfahren, die anderen in einem diesem ähnlichen Feststellungsverfahren, wie Aschaffenburg, oder Sicherungsverfahren, wie Schultze. Auch einige Juristen teilen diesen Standpunkt in erster Linie Hoegel, v. Liszt und Oetker, sowie die deutsche Landesversammlung der I. K. V. 1905, endlich auch der Entwurf zu einem niederländischen Psychopathengesetze. Diejenigen, welche das Entmündigungsverfahren selbst verwerfen und lieber ein analoges an seiner Stelle hätten, wollen damit bezwecken, daß unser jetziges Entmündigungsverfahren nicht verquickt wird mit strafrechtlichen Sachen, die ihm doch recht fern liegen; deswegen hat auch Kleinfeller in seinen Thesen auf dem 27. D. J. T. verlangt, daß das neue Verfahren grundsätzlich von den Voraussetzungen und dem Verfahren der Entmündigung freizuhalten ist. Levis hat auf der Versammlung der I. K. V. (1905) gesagt: „Gerade die Gesichtspunkte, die ich bei der Entmündigung zu beobachten habe, gerade die Gesichtspunkte darf ich nachher nicht berücksichtigen. Dort bei der Entmündigung die wesentlich individuelle Seite und hier bei der verminderten Zurechnungsfähigkeit die wesentlich soziale Seite." — Damit ist natürlich nicht gesagt, daß deswegen der Strafrichter dauernd bestimmen soll; es kann natürlich ein eigener Zivilrichter für diese Angelegenheiten bestellt werden.

Diejenigen, welche ein Entmündigungsverfahren vorschlagen, wollen damit erreichen, daß dem Gemeingefährlichen für die Zeit seiner Internierung eine Person zur Seite gestellt wird, die ihm hilft und den Verkehr mit der Außenwelt vermittelt. Aschaffenburg verlangt für alle, mögen sie geistesgesund oder geisteskrank sein, einen Berufsvormund. Die Aufstellung einer solchen Hilfsperson könnte natürlich auch in einem dem Entmündigungsverfahren analogen Verfahren vorgesehen werden.

Meines Erachtens haben alle diese Verfahren den einen Nachteil, daß mit der Entlassung aus der Anstalt alles erledigt ist. Ist eine Hilfsperson dem Internierten beigegeben worden, so sollte sie ihm als Hilfs- und Aufsichtsperson nach der Entlassung in der Regel zunächst beigegeben bleiben. Wir kommen also wieder zu der im Anfange dieses Kapitels erörterten Frage zurück: zu der Entmündigung ohne Internierung. Unter Schutz und Aufsicht muß der Entlassene zunächst bleiben! Aschaffenburg hat für Trinker vorgeschlagen, daß die durch die Einweisung in eine Trinkerheilanstalt ex officio eintretende Entmündigung nach dem Austritte aus der Anstalt bestehen bleiben sollte. Diesen Vorschlag müßte man auf alle die anwenden, welche auf Grund eines Entmündigungs- oder ihm ähnlichen Verfahren wegen Gemeingefährlichkeit interniert worden sind.

Auf Einzelheiten wollen wir hier nicht eingehen; wir finden sie bei Aschaffenburg (1912) und Weber gut zusammengestellt, ferner in der vom Reichs-Justizamt herausgegebenen Zusammenstellung der gutachtlichen Äuße-

rungen über den Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Die Entlassungsfrage Geisteskranker im allgemeinen ist sehr ausführlich von Moeli (1906) behandelt.

3. Kapitel.

Andere Mittel zur Behandlung und Bekämpfung der Gemeingefährlichen.

Die Internierung soll, da sie am tiefsten in das Recht der persönlichen Freiheit einschneidet, das äußerste Mittel sein, welches gegen die Gemeingefährlichen angewendet wird. Der Altmeister auf dem Gebiete des Gefängniswesens Krohne hat einmal bei einer Diskussion über die Bekämpfung der Unverbesserlichen gesagt: „Halten sie den Gedanken fest, nicht um der Sicherheit willen allein . . . . sondern um der Barmherzigkeit willen". Besteht die Möglichkeit, vor der Internierung noch ein anderes Mittel zu versuchen, ohne daß man dadurch eine zu große Verantwortung übernimmt, oder stellt sich während der Internierung heraus, daß die Gemeingefährlichkeit durch andere Mittel genügend gemindert oder beseitigt werden kann, so soll man natürlich zu diesen Mitteln greifen. Je geringer der Grad der Gemeingefährlichkeit ist, desto eher kann man natürlich den Versuch machen, ohne Internierung auszukommen, so vor allem bei den gemeinlästigen und gemeinschädlichen Individuen.

Auf die Umstände, welche eine Verminderung oder Aufhebung der Gemeingefährlichkeit bewirken können, habe ich im 3. Kapitel des III. Abschnittes hingewiesen. Man muß sich vor allem fragen, ob irgend ein Reiz vorhanden ist, welcher den Geisteskranken oder Verbrecher zu einer gemeingefährlichen Handlung verleitet und dann, ob dieser Reiz von dem Kranken oder Verbrecher abzuhalten ist.

Wer draußen im Leben steht, wird dauernd Reizen begegnen, die ihn zu dieser oder jener Handlung veranlassen oder veranlassen möchten. Das Strafgesetz kann verlangen, daß ein gesunder Mensch den schlechten Reizen widersteht. Wir müssen, wie v. Hentig (1914) sagt, ein bestimmtes Maß von psychischer Widerstandsfähigkeit beim normalen Menschen erwarten. Auf besonders starke Reize nimmt das Strafgesetz aber doch Rücksicht; so sind nach § 51 St.P.O. die nächsten Angehörigen eines Angeklagten berechtigt, das Zeugnis zu verweigern; ferner dürfen nach § 56 St.P.O. die Personen, welche möglicherweise an der Tat beteiligt waren, nicht vereidigt werden. Ein Hauptgrund dafür, daß diese Bestimmungen getroffen sind, war wohl der, die Beteiligten vor einer Straftat zu schützen. Dementsprechend läßt § 161 St.G.B. den nicht mehr zum Eide zu, welcher einen Meineid geschworen hat. Darin ist wohl nicht nur eine Nebenstrafe, sondern auch ein Vorbeugungsmittel zu erblicken.

Das Prinzip, nicht nur zu strafen, sondern in erster Linie das Verbrechen zu bekämpfen, hat Thomsen in seinem Grundriß des deutschen Verbrechensbekämpfungsrechtes und seinen neueren Arbeiten streng durchgeführt. Er weist in seinem letzten Aufsatze (1911) darauf hin, daß schon solche Gesetze bestehen, z. B. der Vertrag der an der Nordseefischerei beteiligten Staaten zur Unterdrückung (nicht zur Bestrafung!) des Branntweinhandels auf hoher See. In derselben Arbeit stellt er möglichst viele Mittel und Methoden auf, die zur Bekämpfung von Verbrechen anwendbar sind, natürlich zum Teil auch schon

in den Strafgesetzbüchern enthalten sind. Vor kurzem ist v. Hentig (1914) warm für das Sicherungsrecht eingetreten.

Im Grunde genommen sagen hier Juristen nichts anderes als was die Naturwissenschaftler, vor allem die Ärzte, schon lange erstreben: mehr Sicherung als Vergeltung! Ich verweise nur auf Aschaffenburgs bekanntes Buch „Das Verbrechen und seine Bekämpfung" und die Arbeit Lobedanks, der besonderen Wert auf die Friedensbürgschaft verbunden mit einer Geldstrafe und natürlich auch auf die Abschaffung des Strafmaßes legt.

Unser geltendes Strafrecht steht bekanntlich noch ganz und gar auf dem Vergeltungsstandpunkt. Der V. E. nimmt eine Mittelstellung ein, trotzdem die klassische Schule, an ihrer Spitze Birkmeyer und Nagler, eine Verquickung von Strafe und Sicherung in einem Gesetzbuche energisch bekämpft haben. Ein reines Sicherungs- oder Bekämpfungsrecht einzuführen, wäre zurzeit wohl kaum möglich, da der Wille des Volkes eine Sühne, in Gestalt einer der Schwere des Verbrechens entsprechenden Strafe verlangt. Selbst bei den Geisteskranken, die ein schweres Delikt begangen haben, verlangt die Allgemeinheit Internierung; ob sich der Zustand des Kranken ändert oder nicht, ist ihr gleichgültig. So hätte F. in Fall 43 sicher dauernd interniert bleiben müssen, wenn er bei dem Angriff auf seine Frau diese getötet hätte; die Zukunft hat gelehrt, daß er nach der Ehescheidung ein ordentlicher, fleißiger Mann geworden ist.

Welche Mittel zur Bekämpfung der Gemeingefährlichkeit im einzelnen Falle am zweckmäßigsten sind, muß natürlich sehr genau von Fall zu Fall geprüft werden. Im folgenden wollen wir nur die wichtigsten Mittel kurz besprechen.

1. Aufenthaltsbeschränkung und Ortswechsel ohne Internierung.

Eine der wichtigsten Fragen ist die nach dem Milieu, in dem ein Mensch, mag er gesund oder krank sein, lebt, worauf schon viele, u. a. Bonger, Gruhle, Hübner, Puppe, Sommer (1912) hingewiesen haben. Siefert meint, der Kampf gegen das soziale Milieu sei wenig aussichtsvoll; man müsse künstlich ein Milieu schaffen, in dem die schädlichen Reize ausgeschaltet und die Lebensbedingungen derartig seien, daß das Individuum ohne sich und anderen zu schaden, darin zu existieren vermöge; er verlangt ländliche Kolonien, die Anschluß an eine Zentralanstalt haben. Mittermeier (1908) spricht von Arbeitskolonien oder zwangsweise Einweisung in eine bestimmte Arbeitsstelle. v. Hentig (1914) sagt: „Die Strafanstalten stellen ein solches Minimum an Versuchung dar, daß sie ungeeignet sind den Sträfling praktisch zu erziehen. Wir müßten versuchen, Abbilder der Wirklichkeit, des freien Lebens, von Arbeit und Lohn, Umgang mit Menschen und Gütern innerhalb der Anstalt bei Besserungsfähigen herzustellen, eine Art abgeschlossener Freiheit . . ." Keller hebt die großen Vorzüge einer Kolonie auf einer Insel hervor, wie sie sich für antisoziale geisteskranke Männer auf der Insel Livö im Limfjord befindet. Dahin gehört auch die im Anschluß an viele Irrenanstalten eingeführte Familienpflege, auf die auch Oetker hinweist, als geeignet für gemeingefährliche Geisteskranke. Sie hat sich am freiesten auf dem Mecklenburgschen Gute Schwarzenhof entwickelt. Eichstedt berichtet darüber, daß dort auch entlassene, früher gemeingefährliche Geisteskranke mit ihren Familien zusammen wohnen und arbeiten können.

Der Kreisarzt sehe monatlich einmal nach; die Verabreichung von Alkohol sei verboten.

Diese Art der Aufenthaltsbeschränkung ist natürlich verhältnismäßig leicht durchzuführen. Viele Kranke eignen sich auch nur für eine Freiheit, die sich in engen Grenzen hält, z. B. B. in Fall 123, bei dem mehrfach der Versuch gemacht wurde, ihn in einer geeigneten Stelle unterzubringen, was aber jedesmal fehlschlug. In der Krankengeschichte ist ausdrücklich darauf hingewiesen, daß B. in eine psychiatrische Kolonie, wie sie in Altscherbitz bestehe, gehöre, wo die Möglichkeit gegeben sei, den oft pathologisch gesteigerten Arbeitstrieb zur Geltung kommen zu lassen.

Oft liegt es auch an den äußeren Verhältnissen, daß ein Ortswechsel nicht möglich ist, oft auch an dem fehlenden guten Willen und dem mangelnden Zwang; so hatte in Fall 21 der Kreisarzt J. dazu veranlassen wollen, zu seinem Bruder zu gehen, da er besonders gegen seine Frau paranoisch eingestellt war, aber ohne Erfolg. In Fall 34 und 67 blieben die Kranken viel zu kurze Zeit von Hause fort. In Fall 69 hatten wir bei der Bürgermeisterei angefragt, ob es nicht möglich sei, T. ein Unterkommen außerhalb seiner Familie zu beschaffen; sie lehnte es aber ab. In Fall 21 und 34 mußte die Internierung erfolgen, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß ein Ortswechsel sie unnötig gemacht hätte; über Fall 69 konnte leider nichts mehr in Erfahrung gebracht werden. In Fall 3 und 17 scheint mit dem Ortswechsel ein guter Erfolg erzielt worden zu sein. Auch in Fall 4 hätte eine Entlassung sicher nicht stattfinden können, wenn M. von seinen Eltern nicht aufgenommen worden, sondern in seine alte Stelle zurückgekehrt wäre. Ein sehr gutes Beispiel ist Fall 18. B. hatte eine derartige Abneigung gegen eine Anzahl Einwohner seines Ortes und war derart paranoid gegen sie eingestellt, daß es voraussichtlich die schwersten Verwicklungen gegeben hätte, wenn B. seinen Wohnsitz nicht verlegt hätte.

In vielen von den mitgeteilten Fällen hätte ein Ortswechsel sicher gute Dienste getan; so in Fall 100, in dem X. sich nur mit seinen Eltern nicht verstehen konnte, im übrigen aber gut fortkam und verträglich war. In Fall 88 hätte ein Ortswechsel vielleicht den Selbstmord des J. verhütet.

Leider können wir bis jetzt einen Kranken zu einem Ortswechsel und der Wahl eines bestimmten Aufenthaltsortes nicht zwingen, während laut §§ 38 und 39 St.G.B. die Möglichkeit besteht, einen Verurteilten unter Polizeiaufsicht zu stellen, was u. a. zur Folge hat, daß ihm der Aufenthalt an einem bestimmten Orte untersagt werden kann, eine Bestimmung, die Bleek und Erhardt auch fernerhin beibehalten wissen wollen. § 53 V. E. bestimmt, daß bei gewissen Strafen auf Zulässigkeit der Beschränkung des Aufenthalts erkannt werden kann, wenn mit Rücksicht auf die Art der verübten strafbaren Handlung oder die Person des Verurteilten anzunehmen ist, daß dessen Aufenthalt an bestimmten Orten mit einer besonderen Gefahr für einen anderen oder für die öffentliche Sicherheit verbunden sein würde. Für gemeingefährliche Geisteskranke würde es zweckmäßig sein, zu bestimmen, daß sie sofort interniert werden, wenn sie ohne Erlaubnis des Kreisarztes, je nach dem, was ihnen oder ihren Angehörigen aufgetragen worden war, entweder ihren alten Wohnort wieder aufsuchen oder den ihnen angewiesenen Aufenthaltsort verlassen. In dem Entwurf zum niederländischen Psychopathengesetze ist eine Entlassung „mit Vorbehalt" vorgesehen; ein solcher Vorbehalt ist u. a. auch die Verlegung des Wohnsitzes.

Daß natürlich nicht in jedem Falle ein Ortswechsel angebracht ist, haben wir an Fall 130 gesehen; J. wäre in der alten Heimatgemeinde sicher besser beaufsichtigt worden, als in der neuen.

2. Berufswechsel und Herbeiführung günstiger Arbeitsbedingungen.

Seltener wie der Ortswechsel wird der Berufswechsel dazu führen, die Gemeingefährlichkeit zu heben. Hier kommen in erster Linie die Lehrer in Betracht, welche sich an ihren Schülern vergehen, wie X. in Fall 133. Er ist seit 9 Jahren als Landwirt tätig und hat sich gut geführt. In Fall 95 wurde dem S. dadurch daß er seinen Beruf als Eisenbahnbeamter aufgab, ermöglicht, noch einige Zeit draußen zu leben, da er sich zunächst nur im Bahnbetriebe als gemeingefährlich erwiesen hatte. Als dritten haben wir den Friseurgehilfen von Fall 20 zu nennen. Er hatte zwar nicht ganz unbedenkliche Äußerungen getan; doch konnte man aus ihnen nur deswegen den Schluß auf Gemeingefährlichkeit des Täters zulassen, weil L. als Friseur mit Rasiermesser und ähnlichem umgehen mußte. Er hat sich noch 7 Jahre draußen gehalten und wurde dann wegen Pflegebedürftigkeit einer Anstalt überwiesen. Auch bei dem Arzte in Fall 18 hätte man an einen Berufswechsel denken dürfen, da ein Arzt viel mehr als andere Gelegenheit hat, Schaden anzurichten. Es scheint jedoch, daß man mit einem Ortswechsel auskommt, wenn auch der Ärzteverein sich nicht so günstig über ihn ausgesprochen hat, wie die Bürgermeisterei. Bei Pensionierungen muß man in der Regel recht vorsichtig sein, da sie, wie in Fall 46, in der ersten Zeit leicht eine Verschlimmerung des Zustandes herbeiführen.

Bei Verbrechern liegt die Sache natürlich viel ungünstiger. Krohne antwortete auf die Frage: Wie können wir die Menschen wieder in das soziale Leben einführen? halb scherzhaft 1. „Ist er unverheiratet, so gebt ihm eine ordentliche Frau." 2. „Geben Sie ihm eine Pension und zahlen Sie ihm alle Tage aus mit der ganz bestimmten Aussicht, daß er, wenn er sich davon betrinkt, am nächsten Tage nichts bekommt". Mit anderen Worten: günstige Lebensbedingungen für Verbrecher zu schaffen ist außerordentlich schwer; nur wenige kommen in die glückliche Lage, wie J. in Fall 65, welcher das Geschäft seines Vaters übernehmen konnte.

3. Wirtshausverbot.

Etwas läßt sich vielleicht noch mit dem Wirtshausverbote erreichen. Nur muß es streng durchgeführt und mit einem Ausschankverbot verbunden sein. Es ist natürlich nicht angängig, wenn ein Trinker, der in Hessen wohnt, sich in Preußen Schnaps verschafft, wie T. in Fall 89 es sehr wahrscheinlich gemacht hat. Erhardt, Mittermaier, Sternberg und Stier sind der Ansicht, daß das Wirtshausverbot beibehalten werden solle. In Fall 81, in dem es sich um einen alkoholintoleranten Exhibitionisten handelt, haben wir seine Anwendung ausdrücklich empfohlen. Will man das Wirtshausverbot auch gegen die schweren Trinker erlassen, wie sie in Fall 82 und den folgenden beschrieben sind, so wird man sich nur dann einen Erfolg versprechen dürfen, wenn man bei einer Übertretung sofort zur Internierung schreitet. Wartet man, so muß man darauf gefaßt sein, daß der Trinker eine gemeingefährliche Handlung begangen hat, ehe man sichs versieht; in Fall 89 hat die Gendarmerie

ausdrücklich betont, daß sie nicht in der Lage sei, die plötzlich auftretenden Wutanfälle des T. zu verhindern. — Wird das Wirtshausverbot so lax gehandhabt, wie in Fall 43, so hat es gar keinen Zweck.

Ließe sich eine derartig strenge Ahndung durchführen, so würde dies auch zur Folge haben, daß man mit der Entlassung von Trinkern nicht gar so vorsichtig sein müßte; denn es würde damit eine gewisse Garantie gegeben sein, daß nicht erst eine gemeingefährliche Handlung oder Bedrohung abgewartet wird, bevor die Überweisung in eine Anstalt erfolgt. Sind Trinker im Rausche gemeingefährlich, so hat man zweifellos auch das Recht, einzuschreiten, sobald sie sich Alkohol geben lassen, sei es in einer Wirtschaft oder Verkaufsstelle.

4. Heirat und Trennung der Ehegatten.

Im vorletzten Kapitel habe ich schon Krohnes Ausspruch über den günstigen Einfluß der Ehe erwähnt. Hübner berichtet bei Besprechung der geistig Minderwertigen von den günstigen Eheschließungen, die eine Wendung im Leben der Kriminellen herbeiführten. An Hand unserer Fälle können auch wir nachweisen, daß selbst schwere Verbrecher durch die Ehe zu einer geordneten Lebensführung veranlaßt wurden, wie C. in Fall 85, der früher dauernd zwischen Straf- und Irrenanstalt hin- und herpendelte und vor allem C. in Fall 84. Hier merkt man deutlich den Unterschied, den eine gute und eine schlechte Frau auf einen Mann ausüben kann. Während der ersten Ehe war C. ganz verkommen; soviel aus der Krankengeschichte zu erkennen ist, hat der Einfluß der zweiten Frau wesentlich dazu beigetragen, C. wieder emporzuheben. Auch in Fall 78 darf man annehmen, daß die Frau den N. vom Alkoholgenusse abgehalten hat und auf diese Weise die Wiederholung der Dämmerzustände vermieden wurde. Bei dem Dienstmädchen E. in Fall 145 besteht zwar noch ein schlechter Leumund, doch scheint sie die Ehe von der Vornahme strafbarer Handlungen abgehalten zu haben. Welchen günstigen Einfluß die Ehegatten auch auf Kranke ausüben können, ist aus Fall 11 ersichtlich, in dem der Bürgermeister ausdrücklich schrieb, daß nur die Nachgiebigkeit der Ehefrau einen Aufenthalt außerhalb der Anstalt möglich mache.

Im Gegensatze hierzu stehen die Fälle, in denen die Ehegatten sich nicht verstehen und keine Rücksicht aufeinander nehmen. Ein vorzügliches Beispiel dafür ist Fall 88, in welchem der Frau und den Kindern des J. jedes Verständnis für das Wesen und die Eigenart des Mannes abging, was schließlich zum Selbstmord des J. führte. In anderen Fällen brachte die Ehescheidung die Erlösung, wie in Fall 43 und 44. Bei beiden Fällen handelt es sich um Alkoholismus mit Eifersuchtswahn. Da in solchen Fällen die Wahnideen sich nur gegen die Frau richten, ist es erklärlich, daß die Zuneigung der Frau zum Manne abnimmt, besonders auch deswegen, weil alkoholische Geistesstörungen vom Volke nicht als Krankheit angesehen werden. Eine Trennung der Ehegatten wird daher vielfach ratsam sein. Diese Lösung ist selbstverständlich stets das beste, wenn die Eifersuchtsideen begründet sind. Auch in Fall 53 wäre wohl von der Ehescheidung Erfolg zu erwarten, da nach Mitteilung der Heimatbehörde, die Frau sehr viel Schuld an den ungünstigen häuslichen Verhältnissen trägt. In Fall 45 soll die Ehescheidung eingeleitet sein; sicher wäre es besser, wenn G. während der Dauer des Prozesses in einer Anstalt untergebracht wäre, da die

Aufregungen, die jeder Prozeß, besonders aber ein Ehescheidungsprozeß, mit sich bringt, nur noch mehr zum Trinken verleitet.

5. Sterilisation (Kastration).

Die Ansichten, ob man zur Sicherung der Gesellschaft, die Sterilisation vornehmen soll oder nicht, gehen weit auseinander; auf dem VII. internationalen anthropologischen Kongresse ist darüber debatiert worden. Maier hat uns dort unter Bezugnahme auf die vorhandene Literatur eine gute Übersicht gegeben über die Erfahrungen, die man mit ihr in Nordamerika und der Schweiz gemacht hat. Er hofft, daß auf diese Weise die kommenden Generationen von einem Teile der antisozialen Elemente befreit werden, ferner, daß der Gechlechtstrieb der Verbrecher und Kranken gemindert werde. Kinberg ist der Ansicht, daß die Sterilisation aus allgemeinen rassehygienischen Gründen für gesetzgeberische Maßnahmen noch nicht reif ist. Rosenfeld lehnt sie ab, weil das Verbrechen als solches nicht vererblich sei. Auch Sommer hat sich auf Grund seiner Erfahrungen auf dem Gebiete der Vererbungslehre dagegen ausgesprochen, was in der Versammlung lebhafte Zustimmung hervorrief.

Betrachten wir diese Frage nicht vom Standpunkte der Eugenik, sondern von dem des einzelnen Individuums aus, so liegt die Sache etwas anders. Wir müssen uns fragen: Können wir im Interesse eines Internierten mit dessen Einwilligung eine Sterilisation gutheißen? Können wir dadurch eine lange, vielleicht lebenslängliche Internierung verhindern? In unserem Falle 129 würde ich die Sterilisation für angebracht halten, da B. sich immer wieder an Kindern verging. Bei J. in Fall 130 wäre sie einstweilen abzulehnen trotz der Schwere des Verbrechens, weil J. bei der Begehung des letzten Delikts erst 21 Jahre alt war. Vor kurzem war ein homosexuell veranlagter Lehrer zur Begutachtung in unserer Klinik; er hatte sich 5 Jahre lang an seinen Schülern vergangen und wurde dafür zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt. Er wünscht dringend, daß bei ihm die Sterilisation vorgenommen werde.

Zweifellos wäre es ein großer Vorteil, wenn wir durch Sterilisation nur das eine erreichen könnten, daß wir nämlich bei einigen gemeingefährlichen Individuum von einer Internierung absehen könnten.

6. Jugendschutz und -aufsicht.

In vielen Fällen erstreckt sich, wie wir gesehen haben, die Gemeingefährlichkeit nur auf die nächsten Angehörigen, oft nur auf die eigenen Kinder. Dann muß man sich fragen, ob es nicht, um mit Thomsen zu reden, genügt, die Person des Opfers der gefährlichen Sphäre zu entziehen. Die Zivilgesetze geben uns das Recht dazu, so § 1680 B.G.B. und § 126a der Gewerbeordnung. Bei Frau H. in Fall 126, die ihre Kinder vernachlässigte und ihnen ein recht schlechtes Beispiel gab, wäre es sicher am zweckmäßigsten gewesen. Anton hat erst kürzlich wieder darauf hingewiesen, wie beeinflußbar Jugendliche sind und wie schädlich für sie der Umgang mit Degenerierten ist; er erwähnt vor allem die bekannten gefährlichen Frauentypen und die frühreifen Kinder. Besonders gefährlich für die Seele des Kindes sind die Alkoholisten, worauf ich im III. Kapitel des vorigen Abschnittes aufmerksam gehabt habe.

Leider kommen bei uns, wie wir von Mönkemöller hören, die meisten Kinder erst dann in die Fürsorgeerziehung, wenn sie kriminell geworden sind; die vornehmste Aufgabe des Fürsorgeerziehungsgesetzes, die Verhütung der Verwahrlosung, wird somit sehr oft nicht erfüllt. In den vereinigten Staaten von Nordamerika scheint nach Stammer die Jugendfürsorge früher einzugreifen, nämlich dann, wenn schon Gefahr besteht, daß durch irgend ein Unglück der Eltern den Kindern ein Unglück erwachse.

Wenn wir Kinder dem Machtbereich eines Menschen, der sie seelisch und körperlich zugrunde richtet, also mindestens gemeinschädlich ist, entziehen, so erreichen wir damit erstens, daß der Reiz, den die Kinder auf das Individuum, dem sie unterstellt waren, ausüben, aufhört, die Gemeingefährlichkeit desselben also — wenigstens in vielen Fällen — gemindert wird, zweitens, daß wir die Kinder, soweit es in unserer Macht steht, davor schützen, selbst kriminell, eventuell gemeingefährlich zu werden. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß die Kinder stets in einer Anstalt untergebracht werden sollen, oft wird eine geeignete Familie sie aufnehmen können.

Sehen wir, daß unsere Macht, auf die Kinder günstig einzuwirken, nicht ausreichend war, daß Fürsorgezöglinge, wenn sie aus der Anstalt entlassen würden, sicher auf die Bahn des Verbrechens geraten würden, so müssen wir das Recht haben, sie zu halten. Cramer bedauert sehr, daß im V. E. eine derartige Bestimmung nicht aufgenommen worden ist. Auch Mönkemöller verlangt, daß man bei diesen Elementen nicht erst einen Schiffbruch abwarten, sondern ihnen eine Anstaltsbehandlung zugänglich machen solle, die ihrer Unselbständigkeit und kriminellen Neigung entspreche.

Von Interesse ist noch die von Mittermaier (1908) und Thomsen erwähnte Bestimmung des norwegischen Strafgesetzbuches, welche verbietet, Untergebene und anvertraute Jugendliche Verhältnissen auszusetzen, welche ihre Sittlichkeit gefährden.

7. Allgemein wirkende Mittel zur Bekämpfung der Gemeingefährlichkeit.

Bei Besprechung der Aufnahme in die Anstalten wurden schon einige allgemein wirkende Mittel erwähnt, vor allem die Hebung des Interesses für die Irrenanstalten in der Allgemeinheit. Dahin gehört auch die Einrichtung und der Ausbau der Hilfsvereine für entlassene Geisteskranke und Gefangene. Wenn auch nicht immer Erfolge erzielt werden, so dürfen die Mitarbeiter den Mut nicht verlieren. Schon mancher ist vor einem Rückfall geschützt worden, dadurch daß ihm von einem Hilfsverein Arbeit und somit ein Auskommen verschafft worden ist. Dannemann (1905) hat ferner die Errichtung von Pflegerschulen befürwortet, damit nicht zuviel ungeschultes Personal in die Anstalten kommt.

Vocke (1911) hat die Frage geprüft, ob es nicht berechtigt sei, die Bestrafung solcher Personen zu verlangen, welche zwangsweise Internierte befreien. Er kommt im Gegensatz zum V. E. und seiner Begründung zur Bejahung dieser Frage; er schlägt vor, diejenigen zu bestrafen, welche Geisteskranke, Trinker und körperlich Kranke, die wegen Gefährdung der Allgemeinheit auf gerichtliche oder behördliche Anordnung in einer Anstalt untergebracht sind, aus der Fürsorge und Obhut der Aufsichtsberechtigten befreien. Er ist gegen eine Ver-

quickung dieses Paragraphen mit den Vorschriften über die Gefangenenbefreiung. Dreyer und Schultze (1910) teilen Vockes Ansicht. Das Reichsgericht hat auf Grund des geltenden Strafrechts entschieden, daß unter Gefangenen alle die Personen zu verstehen sind, welche in gesetzlich gebilligter Form aus Gründen der öffentlichen Sicherheit als gemeingefährlich ihrer persönlichen Freiheit beraubt sind.

Endlich gehören hierhin alle die Mittel, die das Übel an der Wurzel anfassen, die beispielsweise die Armut und Wohnungsnot, den Mißbrauch des Alkohols im allgemeinen, die unkontrollierbare Prostitution, das Glücksspiel usw. bekämpfen, vor allem auch die Mittel, die zur Hebung der Rasse dienen, worauf hier natürlich nicht näher eingegangen werden kann.

Zusammenfassung.

Die Behandlung und Bekämpfung der Gemeingefährlichkeit richtet sich nach den im III. Abschnitte dargelegten Umständen.

Die dort angegebene Einteilung in gemeingefährliche im engeren Sinne, gemeinschädliche und gemeinlästige Individuen ist bei der Bekämpfung in soweit zu verwerten, als gegen gemeinschädliche und vor allem gemeinlästige Individuen im allgemeinen ein weniger energisches Vorgehen angebracht ist.

Die Mittel, die uns zur Bekämpfung zur Verfügung stehen, sind für alle drei Gruppen gleich. Das wichtigste und einschneidenste Mittel ist die Internierung; sie soll nur da angewandt werden, wo alle anderen versagen und nur solange dauern, als es unbedingt nötig ist. Es muß daher für alle, die zur Sicherung der Allgemeinheit interniert sind, die Möglichkeit der Entlassung gegeben sein.

Wir brauchen unbedingt eine Internierungsmöglichkeit von unbestimmter Dauer für gemeingefährliche Verbrecher und geistig Minderwertige.

Die Internierung der Gemeingefährlichen hat nicht immer in festen Häusern zu geschehen; je nach ihrer Art wird jede, selbst die freieste Form, angebracht sein können. Zur Unterbringung gemeingefährlicher Individuen sind unter Umständen auch Trinkerheilanstalten und Arbeitshäuser geeignet.

Die Aufnahme in die Irrenanstalt erfolgt sehr oft zu spät. In der Regel tragen daran die Angehörigen schuld, in einzelnen Fällen auch Ärzte und Verwaltungsbehörden, ferner die ungünstige Lage der Anstalt, der Mangel an geeigneten Aufnahmestationen und endlich die umständlichen Aufnahmeverhandlungen. In dringenden Fällen sollten die Anstalten die Kranken ohne weiteres aufnehmen dürfen.

Solange im Volke noch Vorurteile gegen die Irrenanstalten bestehen, ist bei einer Internierung wider Willen des Kranken eine amtsärztliche Untersuchung vor oder gleich nach der Aufnahme zweckmäßig.

Bei Geisteskranken, die auf Grund des § 51 nicht bestraft werden konnten, muß der Strafrichter die Überführung in eine Anstalt wenigstens vorläufig verfügen können.

Entlassung muß erfolgen, wenn sich der Zustand des Kranken oder die Gesinnung des Geistesgesunden gebessert hat. Auch äußere Momente können sie veranlassen, da Gemeingefährlichkeit und Krankheit nicht identisch ist. Wann die Möglichkeit einer Entlassung gegeben ist, ist oft sehr schwer zu beurteilen, da die Übergänge natürlich fließende sind.

Eine besondere Vorsicht ist bei Alkoholisten am Platze, weil diese sich in den Anstalten in der Regel sehr gut führen, draußen aber doch wieder rückfällig werden. Ferner bei allen Kranken, welche dissimulieren, vor allem bei Melancholikern. Alle Entlassungen sollten nur auf Widerruf erfolgen.

Ein Revers hat nur den Zweck, den Angehörigen ihre Verantwortung zum Bewußtsein zu bringen und vom Arzt abzuwälzen, letzteres aber nur in ganz beschränktem Maße. Von Bedeutung ist er nur dann, wenn der, welcher ihn unterschreibt, allein der Bedrohte ist. Eltern können für ihre Kinder auf diese Weise die Verantwortung nicht übernehmen.

Die Mitwirkung der Verwaltungsbehörde oder des Gerichts bei der Internierung und Entlassung gemeingefährlicher Individuen ist sehr zweckmäßig, da auf diese Weise die äußeren Verhältnisse besser festgestellt werden können, und dem Arzt eine große Verantwortung abgenommen wird. Die meisten Autoren wünschen die Heranziehung eines Zivilrichters.

Die an der Gießener Klinik und in Westpreußen geltende Bestimmung, daß auf Wunsch des Anstaltsleiters Zeugen über die Gemeingefährlichkeit eines Kranken vernommen werden müssen, hat sich zur Klärung der Verhältnisse als sehr nützlich erwiesen.

Zur Vermeidung von Aufnahmeverweigerungen und vorzeitigen Entlassungen ist die Schaffung eines Reichsarmenverbandes zu befürworten. Die Gemeinden sollten entlastet werden.

Die Entmündigung der außerhalb der Anstalt lebenden Gemeingefährlichen wird die Begehung strafbarer Handlungen nicht immer verhindern, sie ist aber empfehlenswert, da mit ihr immer eine gewisse Aufsicht verbunden ist.

Entlassene Gemeingefährliche sollten stets entmündigt sein. Die Entmündigung internierter empfiehlt sich schon in ihrem eigenen Interesse. Über das einzuschlagende Verfahren, mit dem die Bestellung eines Vormundes oder Fürsorgers verknüpft sein könnte, herrscht noch keine Einigkeit.

Neben der Aufsicht über die entlassenen Geisteskranken, welche der Vormund ausübt, sollte eine staatliche Aufsicht eingeführt werden, die am besten einem Psychiater übertragen wird.

Statt der Internierung wird man in vielen Fällen mit der Aufenthaltsbeschränkung, der Entfernung aus der Familie, der Unterbringung der Kinder in eine fremde Familie oder Erziehungsanstalt, dem Berufswechsel, dem Wirtshausverbote auskommen. Nur muß man speziell bei der Aufenthaltsbeschränkung und dem Wirtshausverbote dafür sorgen, daß sie ausgeführt werden, und bei der ersten Übertretung gleich zur Internierung schreiten, bevor Bedrohungen und strafbare Handlungen erfolgt sind.

Dazu kommen noch die Mittel, die das Irrenwesen im allgemeinen heben sollen, und die zur Besserung der Allgemeinheit dienen.

Zum Schlusse sei noch einmal darauf hingewiesen, daß jeder Fall eine eigene Beurteilung und eine dementsprechende Behandlung verlangt, die zwar durchaus nicht immer in einer Internierung bestehen muß, aber auch nicht von Weichherzigkeit dem einzelnen gegenüber zum Schaden der Allgemeinheit geleitet sein darf.

Literaturverzeichnis.

Anton, Über gefährliche Menschentypen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1914. **47**. 1. Suppl.-H. S. 236 u. Arch. f. Psych. 1914. **54**. S. 89.

Aschaffenburg, Diskussion, Mitteil. der I. K. V. 1906. **13**. S. 448 u. 497.

Aschaffenburg, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1906.

Aschaffenburg, s. Liepmann, Der Gerichtssaal 1907. **70**. S. 44.

Aschaffenburg, Die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker. Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Allg. Teil. Berlin 1908. **1**.

Aschaffenburg, Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Deutsche med. Wochenschr. 1909. **35**. S. 2067.

Aschaffenburg, Zurechnungsfähigkeit. Maßregeln bei Trinkern, s. Bemerkungen zum Vorentwurf.

Aschaffenburg, s. Philipsborn, Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft 1911. **31**. S. 239 (Diskuss.)

Aschaffenburg, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Berlin 1912.

Aschaffenburg, Geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke. Bericht über den VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 381.

Aschaffenburg, Referat. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1914. **15**. S. 95.

Auer, Die Behandlung der gemeingefährlichen Arbeitsscheuen nach dem ungarischen Strafrecht. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik 1914. **56**. S. 233.

Begründung zum Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Berlin 1909.

Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuchs. Herausgeg. v. d. Justizkommission d. deutsch. Vereins f. Psychiatrie. Jena 1910.

Beschlüsse der strafrechtlichen Abteilung d. 31. Deutschen Juristentages 1912. Der Gerichtssaal 1913. **80**. S. 160.

Birkmeyer, v., Beitrag zur Kritik des Vorentwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. 2. Beitrag. Leipzig 1910.

Birkmeyer, v., Schuld und Gefährlichkeit. Kritische Beiträge zur Strafrechtsreform. Leipzig 1914. **16**.

Birnbaum, Die psychopathischen Verbrecher. Berlin 1914.

Bischoff, Lehrb. d. gerichtl. Psychiatrie. Berlin u. Wien 1912.

Bleek, Das Verfahren zur Durchführung sichernder Maßnahmen. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissensch. 1914. **35**. S. 446.

Bleuler, Zur Behandlung Gemeingefährlicher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform 1904. **1**. S. 92.

Bonger, Diskuss., Ber. über den VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 378.

Bonhöffer, Diskuss., Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1914. **15**. S. 96.

Bresler, Erfahrungen bei Anwendung des preußischen Min.-Erlasses vom 15. Juni 1901 betr. Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker. Rundfrage. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1913. **15**. S. 235.

Clement, Die Behandlung des Rückfalls und der gewerbs- und gewohnheitsmäßigen Verbrecher. Blätter f. Gefängniskunde 1909. **43**. S. 709.

Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. Jena 1903.

Cramer, Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen. 1905. 3. 4. Heft.

Cramer, Bemerkungen zum Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 7.

Cramer, Strafvollzug. s. Bemerkungen zum Vorentwurf.

Crasemann, Berufsvormundschaft und die volljährigen geistig Minderwertigen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1911. 8. S. 465.

Crasemann, Diskuss., Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Referatenbd. 1913. 7. S. 487.

D. J. T. = Deutscher Juristentag, s. Beschlüsse (1912), Finger (1908), Liepmann (1906), Sternberg (1912).

Dannemann, Stadtasyle. Halle 1901.

Dannemann, Die Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken und ihre Bekämpfung. Deutsche med. Wochenschr. 1905. 31. S. 546.

Dannemann, Die Entmündigung chronisch krimineller als Mittel zur Verbesserung der sozialen Hygiene. Ber. über den VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 313.

Delaquis, s. Pfenniger, Sichernde Maßnahmen gegenüber verbrecherischen Unzurechnungsfähigen usw.

Delbrück, Über die vermindert Zurechnungsfähigen und deren Verpflegung in besonderen Anstalten. Mitteil. d. I. K. V. 1902. 10. S. 628.

Dreyer, Der Schutz der Gesellschaft vor den gemeingefährlichen Irren. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1910. 7. S. 1.

Eichstedt, Zur Frage der Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken. Inaug.-Dissert. Rostock 1909. Zit. n. Boas, Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik. 1910. 37. S. 18.

Engelberg, v., Diskuss., Mitteil. d. I. K. V. 1906. 13. S. 451.

Engelen, Diskuss., Mitteil. d. I. K. V. 1905. 13. S. 442.

Englische Entwürfe zur Verwahrung geistig Minderwertiger, s. v. Hentig.

Entscheidung des Reichsgerichts über Gefangenenbefreiung. Zit. n. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1911. 12. S. 415.

Erhardt, Referat, Der Gerichtssaal. 1913. 80. S. 160.

Erläuternde Bemerkungen zum österreichischen Strafgesetz-Entwurf. v. 1912, s. v. Birkmeyer 1914.

Evensen, Über Sicherungsmaßnahmen gegen gemeingefährliche periodische Irre mit freien Intervallen. Ber. über den VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 205.

Feuerbach, Revision II. 1800, s. v. Birkmeyer, Schuld und Gefährlichkeit.

Finger, Verhandl. d. 3. Abt. d. 27. D. J. T. Der Gerichtssaal. 1904. 65. S. 133.

Finger, Die 12. internat. Versamml. d. I. K. V. zu Kopenhagen 1913. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft. 35. S. 222.

Finkelnburg, Diskuss., Mitteil. d. I. K. V. 1906. 13. S. 445.

Gakkebusch, Frage der Gesetzgebung über kriminelle Geisteskranke. Zit. n. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Refbd. 1914. 9. S. 253.

Garçon, Bericht, Mitteil. d. I. K. V. 1910. 17. S. 185.

Garçon, s. Finger, Die 12. internat. Versamml. d. I. K. V. 1913.

Gaupp und Wollenberg, Zur Psychologie des Massenmords. Verbrechertypen. Berlin 1914. 1. H. 3

G. E. = Gegenentwurf zum Vorentwurf eines Deutschen Strafgesetzbuches von Kahl, v. Lilienthal, v. Liszt, Goldschmidt. Berlin 1911.

Griesinger, s. Schubart.

Groß, Bemerkungen. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik. 1913. 51. S. 47.

Gruhle, Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Studien zur Frage: Milieu oder Anlage. Berlin 1912.

Hamel, van, Diskuss., s. Mitteil. d. I. K. V. 1906. 13. S. 453 u. 506.

Hamel, van, Diskuss., s. Mitteil. d. I. K. V. 1910. 17. S. 449.

Hamel, van, s. auch Schermers.

Heilbronner, Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher. Zeitschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform. 1904. 1. S. 284.
Heilbronner, Reichsirrengesetz und Entmündigungsfrage, Recht und Wirtschaft 1913. 2. S. 168. Zit. n. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Referatebd. 9. S. 483.
Hentig, v., Sichernde Maßnahmen vor den Verbrechen. Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform. 1912. 9. S. 277.
Hentig, v., Strafrecht und Auslese. Berlin 1914.
Hessert, v., Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen Geisteskranken. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1912. 9. S. 65.
Hoche, Handb. d. gerichtl. Psychiatr. Berlin 1909.
Hoche, Diskuss., Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1914. 15. S. 96.
Hoegel, Die Einteilung der Verbrecher in Klassen Kritische Beiträge zur Strafrechtsreform. Leipzig 1908. 2.
Hübner, Lehrb. d. forensischen Psychiatrie. Bonn 1914.
I. K. V. = Internationale kriminalistische Vereinigung, s. Finger, Kitzinger, Mitteil. d. I. K. V., Philipsborn.
Jaspar, Diskuss., s. Mitteil. d. I. K. V. 1910. 17. S. 451.
Kahl, Die geminderte Zurechnungsfähigkeit. Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Allg. Teil. Berlin 1908. 1.
Kauffmann, Die Psychologie des Verbrechens. Berlin 1912.
Keller, Was bezweckt eine Inselanstalt für antisoziale geistesschwache Männer? Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1904. 1. S. 1.
Keraval, L'interment des aliénés dangereux. Ber. ü. d. VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 169.
Kielhorn, Die geistige Minderwertigkeit vor Gericht. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1907. 4. S. 165.
Kinberg, Diskuss., Ber. ü. d. VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 377.
Kitzinger, Die I. K. V. München 1905.
Kleinfeller, Referat, s. Finger, Verhandl. d. 27. D. J. T.
Kronecker, Diskuss., Mitteil. d. I. K. V. 1905. 13. S. 426.
Krohne, Diskuss. zu Mittermaier, Die Behandlung der unsozialen Elemente.
Kraepelin, Die Abschaffung des Strafmaßes. Stuttgart 1880.
Kraepelin, Diskuss., Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1914. 15. S. 96.
Kullmann, s. Lenhard.
Kundt und Rüdin, Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1910. 2. S. 375.
Kunowski, v., Nochmals zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904. 5. S. 532.
Landerer, Diskuss., Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1910. S. 955.
Lenhard, Dannemann, Oßwald, Kullmann, Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke. Jurist.-psychiatr. Grenzfragen. 1908. 6.
Leppmann, Die Eigenart des heutigen gewerbsmäßigen Verbrechertums. Mitteil. d. I. K. V. 1901. 9. S. 149.
Leppmann, Die strafrechtliche Behandlung geistig Minderwertiger. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. 1904. S. 341.
Leppmann, Die Bestimmungen über Unzurechnungsfähigkeit und verminderte Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurf eines Deutschen Strafgesetzbuches. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. 1910. S. 96.
Leppmann, Der Minderwertige im Strafvollzuge, Veröffentl. a. d. Gebiete d. Medizinalverwaltung 1912. 1. H. 15.
Levis, Diskuss., Mitteil. d. I. K. V. 1906. 13. S. 512.
Liepmann, Die strafrechtlichen Verhandlungen des 28. D. J. T. Der Gerichtssaal. 1907. 70. S. 44.
Liszt, v., Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und vermindert Zurechnungsfähige. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1904. 1. S. 8.
Liszt, v., Referat, Mitteil. d. I. K. V. 1905. 12. S. 265.

Liszt, v., Referat, Mitteil. d. I. K. V. 1906. **13**. S. 436 u. 471.
Liszt, v., Referat. Mitteil. d. I. K. V. 1910. **17**. S. 423, s. auch Philipsborn.
Lobedank, Rechtsschutz und Verbrecherbehandlung. Wiesbaden 1906.
Maier, Erfahrungen über die Sterilisation Krimineller in der Schweiz und Nordamerika als Mittel der sozialen Hygiene. Bericht über den VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 322 u. 393.
Michaelis, v., Erfahrungen und Lehren aus 31jähriger Strafvollzugspraxis. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik 1914. **57**. S. 40.
Mittermaier, Die Behandlung unverbesserlicher Verbrecher. Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechtes. Allg. Teil. Berlin 1908. **3**.
Mittermaier, Bestrafung oder Sicherheitsmaßregeln gegen Gewohnheitsverbrecher. Vortrag. 80. Jahresber. d. rhein.-westf. Gefängnisgesellsch. u. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft. 1910. **30**. S. 483.
Mittermaier, Die Behandlung der unsozialen Elemente im V. E. Mitteil. d. I. K. V. 1911. **18**. S. 335.
Mitteilungen der I. K. V. Berlin 1905 u. 1906. **13**, Berlin 1910. **17**, über 1913 s. Finger.
Mitteilungen der I. K. V. 1905. **12**. S. 265. (Deutsche Landesversammlung).
Moeli, Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Nerven.- und Geisteskrankh. 1906. **7**. Heft 2.
Moeli, Über die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit. Neurol. Zentralbl. 1910. S. 331.
Moeli, Einige Bemerkungen über die Regelung der Rechtsverhältnisse der in Anstaltsbehandlung oder in Pflege fremder Personen befindlichen Geisteskranken in Preußen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1913. **10**. S. 449.
Moeli, Diskuss., Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1914. **15**. S. 96.
Mönkemöller, Zur Kriminalistik des Kindesalters. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik. 1911. **40**. S. 246.
Morawcsik, Der Schutz der Gesellschaft vor den Verbrechern. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1911. **9**. S. 529.
Nabakoff, s. Finger, Die 12. internat. Versamml. d. I. K. V. 1913.
Nagler, Verbrechensprophylaxe und Strafrecht. Kritische Beiträge zur Strafrechtsreform. Leipzig 1911. **14**.
Näcke, Einteilung der (habituell) Antisozialen und der mehr oder minder moralisch Defekten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1912. **10**. S. 387.
Näcke, Gefährlichkeit der Geisteskranken. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik. 1913. **53**. S. 373.
Nemeth, Die Frage der Gemeingefährlichkeit vom forensisch-psychiatrischen Standpunkte. Budapesti orvosi ujság 1908. Zit. nach Jahresber. über die Leistungen u. Fortschritte a. d. Gebiete d. Neurol. u. Psychiatr. f. 1908. S. 1217.
Niederländisches Psychopathengesetz, s. Schermers und van Hamel, sowie van der Torren.
Nordostdeutsche Psychiaterversammlung, s. Puppe, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1908. **65**. S. 689.
Oba, Unverbesserliche Verbrecher und ihre Behandlung. Arch. f. Strafrecht u. Strafprozeß. 1908. **55**. S. 170.
Österreichischer Strafgesetzentwurf von 1912. Regierungsvorlage.
Oetker, Entwurf eines Reichsgesetzes betr. die vorläufige Verwahrung und Internierung gemeingefährlicher Geisteskranker und die Bestrafung, vorläufige Verwahrung und Internierung im Falle gemilderter Schuldfähigkeit. Mitteil. d. I. K. V. 1905. **12**. S. 58.
Pandy, Die Irrenfürsorge in Europa, deutsch v. Engelken. Berlin 1908.
Pelman, Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. 75. Jahresber. d. rhein.-westf. Gefängnisgesellschaft. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft. 1906. **26**. S. 314.
Pfenninger, Sichernde Maßnahmen gegenüber verbrecherischen Unzurechnungsfähigen und vermindert zurechnungsfähigen Verbrechern. (Verhandl. d. schweiz. Juristentages.) Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft **35**. S. 263.
Philipsborn, Die I. K. V. in Brüssel. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft. 1911. **31**. S. 239.

Pollitz, Ein Beitrag zur Beurteilung geisteskranker Verbrecher. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. 1899. 1. H.
Prins, Die Gemeingefährlichen. Mitteil. d. I. K. V. 1905. **13**. S. 81.
Prins, Referat, Mitteil. d. I. K. V. 1906. **13**. S. 426.
Puppe, Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen, bzw. nach § 51 St.G.B. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten. Referat. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1908. **65**. S. 689.
Rittershaus, Irrsinn und Presse. Jena 1913.
Rosenfeld, Über den Zusammenhang zwischen Rasse und Verbrechen. Bericht über den VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 83.
Rothamel, Soziale Leistungsfähigkeit gemeingefährlicher Geisteskranker. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1905. **2**. S. 67.
Rüdin, s. Kundt.
Salgó, Die Personen von sog. beschränkter Zurechnungsfähigkeit Gyógyászat 1905. Nr. 46. Zit. n. Jahresber. über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurol. u. Psychiatr. f. 1913. S. 1169.
Schermers, Die neuen niederländischen Gesetzentwürfe für die Psychopathen. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1912. **14**. S. 171.
Schermers und van Hamel, Besprechung der Gesetzentwürfe bezüglich der Übertreter des Strafgesetzes, die an einer Störung oder mangelhaften Entwicklung ihres Geistesvermögens leiden. Vorträge. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1912. Referatenbd. **4**. S. 190.
Schubart, Das freie Aufnahmeverfahren in öffentlichen Irrenanstalten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1913. **15**. S. 8.
Schultze, Wie ist das in § 65 des Vorentwurfs in Aussicht genommene Verfahren bei Verwahrung und Entlassung zu gestalten? s. Bemerkungen zum Vorentwurf.
Schultze, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Arch. f. Psychiatr. 1911. **48**. S. 1.
Schultze, Das Irrenrecht. Handb. d. Psychiatr. herausgeg. von Aschaffenburg. Allg. Teil, 5. Abt. Leipzig und Wien 1912.
Siefert, Über die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher und die Mittel der Fürsorge zu ihrer Bekämpfung. Halle 1906.
Sommer, Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie. Leipzig 1904.
Sommer, Diskuss., Bericht über den VII. internat. Kongr. f. Kriminalanthr. Heidelberg 1912. S. 387.
Sommer, Das Verhältnis der psychiatrischen Begriffe im Strafgesetzbuch und bürgerlichen Gesetzbuch. Deutsche Strafrechtszeitung. 1914. **1**. S. 208.
Staiger, Die Behandlung psychopathisch minderwertiger Strafgefangener jetzt und nach dem V. E. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1912. **69**. S. 458.
Stammer, Bemerkungen über amerikanische Strafpolitik. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalistik. 1912. **47**. S. 79.
Stier, Trunksucht und Trunkenheit in dem Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Arch. f. Psychiatr. 1910. **47**. S. 278.
Sternberg, Die Beratungsergebnisse der Abteilung für Strafrecht auf dem 31. D. J. T. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1912. **9**. S. 482.
Thomsen, Grundriß des deutschen Verbrechensbekämpfungsrechtes. Berlin 1905 u. 1906.
Thomsen, Gesetzgeberische Bekämpfung neuzeitlicher Delikte. Heidelberg 1911.
Torp, s. Finger, die 12. internat. Versamml. d. I. K. V. 1913.
Torren, van der, Der Entwurf der neuen Psychopathengesetze für die Niederlande. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1912. **9**. S. 100.
Ungarisches Gesetz über die Bestrafung gemeingefährlicher Arbeitsscheuer, s. Auer.
V. E. = Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Berlin 1909.
Vorentwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch (1908), s. Pfenninger.
Vocke, Befreiung von Kranken aus Anstalten, s. Bemerkungen zum Vorentwurf.
Vocke, Vorsätzliche Befreiung gemeingefährlicher Geisteskranker. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1910/11. **12**. S. 450.
Weber, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker. Ergebn. d. Neurol. u. Psychiatr. Jena 1912. **1**. S. 497.

Weygandt, s. Dannemann, Die Entmündigung chronisch Krimineller.
Wilmanns, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig 1906.
Wilmanns, Psychiatrische Bemerkungen zum Vorentwurf des Deutschen Strafgesetzbuchs. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1910. 1. S. 171.
Wilmanns, Die praktische Durchführbarkeit der Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurf. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1911. 8. S. 136.
Wilmanns, Referat, Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1914. 15. S. 95.
Wollenberg, s. Gaupp.
Zusammenstellung der gutachtlichen Äußerungen über den Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, gefertigt im Reichs-Justizamt. Als Manuskript gedruckt. Berlin 1911.

Sachregister.

Abschaffung des Strafmaßes 125, 133.
Abschieben Geisteskranker 74.
Abwehrhandlungen, ungefährliche 99—100.
Alkoholintoleranz 54, 55, 98.
Alkoholismus 13, 14, 25, 26, 30, 35—40, 41, 46, 49, 50, 56—62, 69, 71, 73, 77, 98, 102, 107, 108, 121, 135, 136.
Anfälle 12, 52—55, 98, 121.
Angriffe (allg.) 100, 116.
Anhalt 6, 118, 123.
Anstaltsgefährlichkeit 4, 9, 30, 33, 63, 114.
Arbeiter, tüchtige 60, 70, 111.
Arbeitshaus 56, 115.
Arbeitskolonien 133.
Arbeitsscheue, gemeingefährliche 4.
Ärztlicher Rat statt Einweisung 38, 43.
Aufenthaltsbeschränkung 128, 133—135.
Aufnahme, Ablehnung der 23, 27.
— freiwillige 14, 21, 26, 38, 43, 56, 58, 59, 64, 77, 124.
— verspätete 12, 22—31, 34, 36, 37, 41—47, 51, 52, 60, 83, 115.
Aufnahmeschwierigkeiten 21, 27, 28, 38, 60, 118, 119.
Aufnahmeverfahren 118, 119, 130, 131.
Aufsicht (allg.) 116, 129, 130.
— ungenügende 19, 21.

Baden 6, 119, 123, 129.
Basel 5, 124.
Bayern 5, 27, 59, 118, 119, 123.
Bedrohungen (allg.) 100—102.
Befreiung Gefangener und Geisteskranker 138.
Berlin 6.
Berufsvormundschaft 127, 131.
Berufswechsel 19, 64, 83, 135.
Bescheinigung, ärztliche und behördliche (allg.) 8, 116 bis 119.
— nachträgliche 15, 22, 26, 39, 65.
— ungenügende 12, 15, 16, 45.
Beschwerden von Paranoischen bei Behörden 18, 38, 100, 101.
Bestrafung Geisteskranker 31.
Betrügereien, gemeingefährliche 78, 90.
Beurteilung, falsche 46, 47, 123.
Bewahrungshäuser 114.
Bewußtseinsstörungen s. Dämmerszustand.
Brandenburg 118.
Brandstiftung und Brandstiftungsgefahr 12, 31, 52, 64, 77, 103.
Braunschweig 6, 123.
Bremen 6, 119, 123, 127.

Dämmerzustände 25, 52—55, 98.
Dauer der Gemeingefährlichkeit 6, 14, 38, 39, 40, 41, 54, 70, 106—108.
Dauer der Internierung 113.
Daueraufenthalt in Strafanstalten 71—74, 82, 112.
Delirium tremens 12, 99.
Dissimulation bei Selbstmordabsicht 52.

Ehescheidung 29, 31, 32, 36, 37, 40, 136.
Eifersuchtsideen 16, 21, 26 bis 28, 36—40, 41, 49, 61, 62, 101, 108, 121, 136.
Eigentumsdelikte 2, 22—26, 41, 55—62, 65, 71—81, 90, 93.
Eigentumsgefährdung 6, 12, 64, 65.
Einfluß, günstiger 14, 17, 57, 58, 105, 108, 136.
Einfluß, ungünstiger s. Verschulden.
Eingreifen, verspätetes 12, 15, 24, 26, 27, 30, 38, 39, 45, 60, 64, 66, 74, 117.
Einsichtslosigkeit der Angehörigen 15, 22, 26, 29, 31 bis 34, 36, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 55, 66, 100, 104, 116, 120, 136.
Einspruch der Behörden gegen Entlassung 39, 122.
Elsaß 5.
England 4, 6, 126, 130.
Entfernung von Anstalten 118.
Entlassungen, erfolglose 11, 15, 22—30, 37, 41—47, 49, 53, 60, 61, 74—77, 79, 82.
— erfolgreiche, 10, 11, 13, 16 bis 17, 19, 36, 38, 39, 51 bis 54, 62.
— Jugendlicher aus Erziehungsanstalten 97, 138.
— von Trinkern 136.
— wegen ungenügender Unterlagen 45, 52.
— nach Rücksprache mit Verwaltungsbehörden 17, 26, 27, 29—31, 41, 42, 47, 49, 54, 56, 60, 62, 122—124, 130—132.
— auf Widerruf 122.
Entmündigung 15, 24, 26, 32, 34, 44, 46, 48, 49, 61, 66, 71, 79, 126—130, 131.
— abgelehnte bzw. aufgehobene 56, 62, 73, 78, 82, 127.
— wegen Gemeingefährlichkeit 73, 78, 82, 126—129, 131.
Entmündigungsantrag, unzeitiger 32, 128.

Entscheidung, ministerielle 8, 66, 122, 127.
Epilepsie 53, 54, 69—70, 98, 99, 121.
Erbliche Belastung 4, 9, 11, 18, 23, 25, 26, 28, 31, 33, 34, 38, 43, 48, 66, 69, 79, 83, 85—87.
Erkennung der Gemeingefährlichkeit in der Anstalt 4.
Ermordung der Angehörigen 34, 102.
Erziehung 55, 73, 83—88, 95 bis 97.
Exhibitionismus 54, 82.

Familienpflege 133.
Feststellungsverfahren 131.
Frauen, gemeingefährliche 12, 15, 27, 28, 31—33, 41, 46, 50, 51, 63, 64, 70, 79, 83, 86, 87, 107.
Freie Behandlung 59, 65, 69, 77, 114, 133.
Freiheitsberaubung, Anklage wegen 123.
Freispruch gemäß § 51 St.G.B. 31, 34, 36, 48, 54, 57, 58, 65, 66, 70, 77, 78, 82, 83, 119.
Fremdenlegion 69.
Friedensbürgschaft 133.
Fürsorgeerziehung s. Zwangserziehung.
Gefährdung der Allgemeinheit 89, 91.
— bestimmter Personen 65, 108—109.
— der Ehre 6, 15, 91.
— des Eigentums s. Eigentumsgefährdung.
— des Einzelnen 89, 91.
— eines Eisenbahnzuges 64.
— der Sittlichkeit s. Sittlichkeitsgefährdung.

„Gemeingefährlich" im geltenden St.G.B. 1.
Gemeinlästig (störend) 5, 6, 18, 26, 39, 67, 91, 111.
Gemeinschädlich 5, 6, 15, 71 bis 77, 90, 91, 111, 138.
Geschlechtskrankheiten, Verbreitung der 15, 46, 90.
Geschlechtstrieb, gesteigerter 15, 26, 32, 46, 69, 81—83, 84, 87, 97.
Gesinnung 2—4, 47, 68—88, 92—95.
— Verkennung der 80, 95.
Gewerbs- und gewohnheitsmässige Verbrecher 3, 68 bis 69, 71—88, 113.
Grade der Gemeingefährlichkeit 89.
Gutachten bei Entlassung 124.

Haftpsychosen 47, 71, 73, 75 bis 77, 106.
Hamburg 6, 118, 123.
Hannover 6, 119.
Heimweh 64, 103.
Hessen 6, 118, 119, 122, 124, 127, 129.
Hilfsverein 126, 138.
Hin- und Herpendeln zwischen Irrenanstalt und Strafanstalten 57, 74—77, 113.
Holland 4, 130, 131, 134.
Homosexualität 32.
Hysterie 31, 52.

Infektionskrankheiten, Übertragung von 90.
Irrtum in der Prognose 57, 79, 80, 95.

Jugendliche 55, 83—88, 95 bis 97, 107, 137—138.
— schlechte Beeinflussung 55, 95, 96, 137.

Kaltwasseranstaltbehandlung 44, 48.
Kindermisshandlungen 65, 108.
Kindstötung 70, 94, 107.
Kompetenzkonflikt 39, 117.
Kostenfrage 125.
Krankenhausbehandlung 12, 46, 124.

Landstreichen, Neigung zum 68, 69, 72—77, 83—88, 96, 97.
Latente Gemeingefährlichkeit, 107, 122.
Lebensbedingungen, günstige 48, 135.
Lothringen 5.
Lübeck 5, 123.

Manisch-depressives Irresein 50—52, 58, 103, 106, 108, 121.
Mecklenburg 5, 123, 133.
Meldezwang durch den Arzt 129.
Milieu 133.
Minderwertigkeit (allg.) 4, 6, 99, 103, 104, 113, 120.
Ministerielle Entscheidung 8, 66.
Mitwirkung der Internierten bei Aufhebung der polizeilichen Verfügung 124.
Mord, Mordversuch (Totschlag) 13, 33—36, 51, 52, 63, 68, 71, 102, 103.

Nahrungsverweigerung 13, 44, 46, 51, 69, 100.
Norwegen 3, 138.

Oberverwaltungsgerichtsentscheidung, preuß. 5, 92.
Oldenburg 118.
Öffentliche Sicherheit 5.
Österreich 5, 124, 127, 130.
Ortswechsel 10, 16, 17, 21, 29, 49, 50, 134, 135.

Pensionierung 14, 105, 135.
Pflegerschulen 138.
Plötzliche Erregungszustände 10, 26, 55, 57—62, 98, 99.
Polizeiaufsicht 129, 134.
Pommern 119.
Posen 118.
Preußen 5, 6, 118, 122.
Privatanstaltsbehandlung 6, 11, 24, 25, 30, 66, 115.
Prognose, falsche 35, 36, 48, 106, 126.
Progressive Paralyse 63, 64, 99.
Prozesse, ungünstige Einwirkung 34, 35, 41, 46, 102, 105.
Prügelstrafe 72, 73.
Psychiologische Eigenart 2, 5, 7.
Pubertät 83—88, 95, 97, 107.

Rechtssicherheit 5.
Reichsarmenverband 27, 74, 125.
Reize, ungünstige 4, 17, 34 bis 37, 40, 41, 55, 59, 63, 64, 83—87, 94, 95, 97, 102, 104—106, 132—138.
Religiöse Ideen 22, 29, 32, 100.
Revers 10, 16, 18, 22, 23, 30, 38, 41—43, 47, 51, 120, 122.
Revolverangriffe 10, 13, 24 bis 26, 31, 32, 38, 48, 65, 100.
Roheitsdelikte 56, 68—71, 93, 96.
Rückfall 3, 91—94, 113.
Rücksichtnahme der Angehörigen 14, 17, 57, 58, 105, 108, 136.
Ruhestörung 5, 6, 67.
Rußland 4, 5, 120.

Sachsen 5, 118, 122.
Sachsen-Meiningen 5, 118, 123.
Schlesien 6.
Schottland 130.

Schuldenmachen, gemeingefährliches 71.
Schwachsinn 64—68, 71, 77, 84—88, 103.
Schwängerungsgefahr 15, 46, 47.
Schweiz 5, 124, 127, 130.
Schwierigkeit der Entscheidung 18, 21, 117.
— der Erkennung s. unerkannte Gemeingefährlichkeit.
Seemansberuf 85, 88, 97.
Selbstbeschädigung 65, 73.
Selbstmord 22, 43, 52, 60, 71, 122.
— -gefahr 6, 13, 50—54, 92, 121.
— -versuch 9, 10, 28, 31, 42, 49, 51, 67, 94, 100.
Sicherungshaft für gemeingefährliche Verbrecher 68 bis 83, 119, 125.
Sicherungsmassnahmen, unzulängliche 73, 81.
Sicherungsverfahren 131.
Sinnestäuschungen (allg.) 99.
Sittlichkeitsdelikte 54, 58, 66, 67, 69, 81—83, 91, 94, 96, 98, 105, 112.
Sittlichkeitsgefährdung 6, 15, 26, 28, 39, 46, 58, 60—62, 79, 84, 87, 91, 107, 137, 138.
Spionage 80, 81, 95.
Stadtasyle 118.
Stellungswechsel 44, 45, 100.
Strafschärfung 2.
Taubstummheit 63, 99.
Tierquälerei 55, 82, 86.
Totschlag s. Mord.
Transportschwierigkeit 10, 22, 23, 25, 29, 30, 41, 125.
Trinkerheilanstalt 115.

Übertragung von Infektionskrankheiten 15, 46, 90.
Überweisung Freigesprochener an die Verwaltunsgbehörde 73, 119.
Unentschlossenheit der Behörde 29, 39, 41, 117.
Unerkannte Gemeingefährlichkeit (Unkenntnis) 31, 33, 35, 102, 105, 117, 130.
Ungarn 4, 93.
Unmöglichkeit der Internierung 73, 113.
Unvorsichtigkeit, Gefährdung durch 12, 64, 65, 103.

Verbrechensbekämpfungsrecht 111, 132, 133.
Verfolgungswahn (allg.) 99 bis 102.
Verminderte Zurechnungsfähigkeit s. Minderwertigkeit.
Verschulden der Angehörigen 41, 46, 48, 55, 59, 78, 100, 104, 105, 136, 138.
Verwaltungsbehörde, Mitwirkung der s. Entlassung, ferner 119, 130—132.
Verzicht auf Rückfall 3.
Vorleben 3, 55, 68—88.
Vormund, ungeeigneter 36, 56, 128.
Vormundschaft s. Entmündigung.
Vorstrafen 3, 68—83, 92.

Wahrscheinlichkeit erneuter Rechtsverletzung 3, 92 bis 95.
Westpreußen 6, 119.
Wirtshausverbot 54, 60, 135.
Württemberg 6, 119, 123, 129.

Zahl der Gemeingefährlichen 111.
Zerrüttung des Haushalts 15, 26, 28, 63, 79, 91.
Zerstörungswut 25, 26, 41, 65.
Zeugenvernehmung 7, 17, 19, 21, 28, 31, 37, 40, 41, 44, 49, 58, 61, 65, 119, 124.
Zeugnis s. Bescheinigung.
Züchtigungen, erfolglose 77, 84, 96.
Zürich 6, 124, 130.
Zurückhaltung von Zwangszöglingen 97, 138.
Zustand des Kranken, nicht Straftat maßgebend 120, 133.
Zwangserziehung 73, 83—88, 96, 97, 138.
Zwangshandlung 31, 33, 82, 103.
Zwischenanstalten 113.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE
HERAUSGEGEBEN VON
M. LEWANDOWSKY-BERLIN UND K. WILMANNS-HEIDELBERG
HEFT 11

POSTOPERATIVE PSYCHOSEN

VON

PROFESSOR DR. K. KLEIST
OBERARZT DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
IN ERLANGEN

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1916

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright 1916 by Julius Springer in Berlin.

Zur Einleitung.

Im Laufe der letzten $4^1/_2$ Jahre vor dem Kriege habe ich eine Reihe von Geistesstörungen beobachtet, die in der chirurgischen und in der Frauenklinik zu Erlangen nach Operationen zum Ausbruch gekommen waren. Von Irrenärzten sind derartige Psychosen bisher noch kaum untersucht worden. Ihr Studium ist aber auch eine Arbeit an der Lösung allgemeinerer Aufgaben; besonders wird die Frage nach der Bedeutung bestimmter Arten von Ursachen für bestimmte Zustandsbilder berührt.

Den Herren Proff. Graser und Seitz danke ich für das Entgegenkommen und das Interesse, mit dem sie meine Beobachtungen ermöglicht und gefördert haben.

Die Arbeit war vor dem Kriege nahezu abgeschlossen. Ich habe ihre Ergebnisse am 21. Juli 1914 in der Sitzung des ärztlichen Bezirksvereins in Erlangen vorgetragen. Während der letzten Wochen fand ich Zeit, die Arbeit fertigzustellen.

Im Felde, 31. Januar 1916.

K. Kleist.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Krankheitsfälle 1
Zustandsbilder 9
Verlauf 16
Ursachen 17
Beziehungen zwischen Zustandsbildern und Krankheitsursachen 23
Zusammenfassung 29
Literaturverzeichnis 31

I. Krankheitsfälle.

A. Psychosen nach Gastroenterostomie wegen Magengeschwür.

Fall 1. Ängstlich-ratlose Erregung. Margarete B.: 47jährige Bauersfrau aus G. Erblich nicht belastet, immer etwas weichmütig, reizbar und zu Sorgen geneigt. Pat. litt seit 2 Jahren an einem Magengeschwür; häufige Schmerzanfälle, kein Blutbrechen, kein Blut im Stuhl bemerkt. In letzter Zeit sehr geringe Nahrungsaufnahme, starke Gewichtsabnahme. Seit Anfang Juni 1914 in der Klinik. Äußerste Blässe: Hämoglobin 35%, rote Blutkörperchen 3410000. Einzelne Temperatursteigerungen: am 9. 6. 38,2, am 11. 6. 38,9, am 12. 6. 39,2. Diagnose: Magengeschwür mit Pylorusstenose.

Am 20. 6. in Mischnarkose operiert (Gastroenterostomia colica posterior). Guter Operationsverlauf. In den ersten Tagen nach der Operation Wohlbefinden, genügende flüssige Nahrungsaufnahme, guter Puls, kein Fieber. Am 4. Tag (24. 6.) plötzlicher Ausbruch einer Psychose. Die Kranke zeigte ein verstörtes und ängstliches Wesen, rief Arzt und Schwestern immer wieder an ihr Bett, brachte aber keine Worte heraus, drängte aus dem Bett. Bei der Entfernung der Wundklammern am 25. 6. wehrte sie sich in großer Angst und glaubte, jetzt erst operiert zu werden. Die Unruhe und Angst waren nachts noch stärker und nahmen am folgenden Tage zu. Die Kranke war aber zunächst noch über Ort und Zeit orientiert und löste kleine Rechenaufgaben. Als ich die Kranke zuerst sah (26. 6.), befand sie sich in mäßig starker, zielloser, ängstlicher und ratloser Bewegungsunruhe. Sie saß aufrecht im Bett, hielt sich an dem am Fußende des Bettes befestigten Gurt, strich und griff an demselben mit zitternden Händen herum, tastete über die Bettdecke, schlug dieselbe auf und zurück, sah bald hier, bald dorthin, nur Eintretende zogen ihre Aufmerksamkeit für einen Augenblick auf sich. Sie versuchte häufig aus dem Bett zu steigen, widerstrebte, wenn man sie zurückschob, ließ es dann aber geschehen, um nach kurzer Weile von neuem herauszudrängen. Auf Fragen und Aufforderungen ließ sie sich kaum einstellen und reagierte auch, wenn sie vorübergehend aufmerkte, nur selten sinngemäß. Meist sah sie mich nur ratlos an und verfiel bei eindringlicheren Fragen in die — oft verbigeratorisch wiederholte — einförmige Äußerung: „ach ich bin so erschrocken." Oder sie wurde auch abweisend und weitere Fragen ließen nur ihre Unruhe zunehmen. Die Krankenschwester bezeichnete sie richtig, gab auch an, daß sie in der Klinik sei und von G. stamme. Bei allen weiteren Fragen, insbesondere den ihr natürlich merkwürdig vorkommenden einer Intelligenzprüfung, versagte sie vollständig. Es schien, als ob sie die einfachsten Dinge nicht wüßte, z. B. die Farbe der Blätter. Doch lag das unverkennbar an ihrer schwer gestörten Einstellungs- und Konzentrationsfähigkeit, die sie verhinderte, auch ganz einfache Fragen richtig aufzufassen.

Körperlich-nervöse Symptome bestanden außer dem Zittern der Hände nicht. Kein Fieber, kräftiger Puls. Einige Male Durchfälle in diesen Tagen (nicht genau notiert). Nahrungsaufnahme andauernd genügend.

27. 6. Vorstellung vor den Hörern der psychiatrischen Klinik. Zustand bedeutend gebessert, nachdem die Kranke gegen Morgen einige Stunden geschlafen hatte. Pat. lag still da, paßte gut auf, war etwas schwerbesinnlich und ermüdete leicht. Über ihre frühere Vergangenheit (Geburtsdatum, Schulerfolg, Kinder) gab sie richtig Auskunft, nur fand sie beim Aufzählen ihrer Kinder die Namen der beiden jüngsten erst nach einigem Überlegen. Dagegen war die Erinnerung an die jüngste

Vergangenheit teils schwer erweckbar, teils ausgefallen: sie besann sich mit Mühe darauf, daß sie vor 8 Tagen operiert worden sei. Aus der Folgezeit wußte sie nur, daß sie nicht habe schlafen können (fast völlige Amnesie). Örtliche und zeitliche Orientierung erhalten (Antworten nach einigem Besinnen). Merkfähigkeit (für Zahlen, Ziehensche Probe) stark herabgesetzt. Die Stimmung erschien etwas gedrückt; bei Zureden, daß sie nun bald wieder ganz gesund sein werde, stimmte sie mit sorgenvoller Miene bei: „Ja das wäre recht Herr Doktor!"

In diesem Zustande blieb die Kranke bis 1. 7. Dann bekam sie wieder Durchfälle und verfiel von neuem in ihre ängstlich-ratlose Unruhe. Sie werde operiert, der Kopf komme herunter; lächelt aber, wenn man ihr das nachträglich vorhält. Verlangt andauernd heim, Verzweiflungsausbrüche nach den Besuchen der Angehörigen, mit denen sie fortgehen will. Es trat wieder starkes Zittern auf, Pat. schwitzte viel, war äußerst schwach. Kein Fieber, Puls immer voll, aber wenig gespannt, etwas beschleunigt. Nahrungsaufnahme gut.

Am 4. 7. wegen steigender Angst und Unruhe in die psychiatrische Klinik verlegt. Hochgradige Blässe, Gewicht 41 kg, Blutdruck stark erniedrigt 85, Puls voll, aber wenig gespannt, Atmung etwas beschleunigt 30. Kein Fieber; Schlaf nur mit Hyoscin-Morphium. Die Kranke sitzt im Bett oder sucht herauszusteigen, äußert einförmig, „wo sind meine Leut? Tun die mich nicht mehr besuchen — die sind im Keller eingesperrt, ich will fort". Pat. ist sehr schwer zu fixieren, gleitet ständig auf ihre ängstlichen Vorstellungskomplexe ab. Vgl. folgende Fragen und Antworten.

Seit wann hier? Seit gestern oder vorige Tag, das weiß i net.

Woher gekommen? — In einer andern — Ich weiß net — Klinik oder wo ich gewesen bin, ich weiß selber net (ratloser Gesichtsausdruck) — oh mei Leut, warum kommen die nicht mehr, kommen denn mei Leut.

Warum sind Sie in die Klinik gekommen? Weil ich krank war.

Was hat Ihnen gefehlt? — im Magen.

Was ist an Ihnen gemacht worden? — muß mich erst besinnen (nach längerer Pause und Besinnen) — operiert haben's mich.

Wie lange ist das her? — 14 Tag, Freitag oder Samstag (ungefähr richtig).

Haben Sie mich schon gesehen? — Ja, gestern.

Sonst schon? — Kann mich nicht erinnern — möcht heim zu meine Leut.

Wer ist das? (Pflegerin) — Weiß net, was die da zu tun hat.

Ist sie auch krank? — Weiß net, die is immer her zu mir — oder wo — mein Kopf — lassen's mei Leut her.

Jahrezahl und Wochentag richtig bezeichnet. Monat? Pat. zweifelt, ob Juni oder Juli, Datum nicht gewußt.

Auf das Nachsprechen von Zahlen und Worten ist Pat. kaum zu fixieren, ganz unzureichende Antworten, sichtliche Erschwerung der Konzentration: Nachsprechen: 4396 —, nach wiederholtem Vorsprechen: 4000 — kann net merken. Nach mehrmals wiederholtem Vorsprechen: 4300, dann richtig. Unmittelbar danach vermag Pat. die Zahl aber nicht mehr zu reproduzieren, „da muß ich mich erst besinnen" — 4384? Das weiß ich nimmer.

Nachsprechen einzelner Ziffern: 4 1 9 6 7 3: — 4 1 9 — 6 — 8; 2 0 7 8: — 2 0; 1 5 9:—1 5 0 — Herr Doktor mei Kopf — das weiß i net, da weiß i net, was i sag'; der is halt dumm.

Baugewerksberufsgenossenschaft —

Einfachste Rechenexempel falsch beantwortet, z. B. 47 + 8 ? 47 und 8? — was soll i sagen — 54.

Am 6. 7. vom einsichtslosen Manne abgeholt. Bei dieser Gelegenheit zeigt sich die ängstliche Ratlosigkeit in sehr kennzeichnender Weise: die Kranke, die eben noch flehentlich um ihre Entlassung gejammert hatte, widerstrebte nun, als sie angezogen wurde und mußte mit Gewalt die Treppe hinuntergebracht werden. Die Ratlosigkeit hatte überhaupt vielfach Ablehnungscharakter (Negativismus). Bei körperlichen Untersuchungen zog die Kranke manchmal automatisch den Arm zurück, wand sich zur Seite, während der Gesichtsausdruck nicht immer deutliche Angst verriet. In den Kopfnickern und den Masseteren leichte Starre.

Bald nach ihrer Entlassung aus der Klinik mußte die Kranke in die oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth gebracht werden, wo sie vom 13. bis 31. 7. 1914 blieb. Auch dort zeigte sie dasselbe „ängstlich erregte, ratlose, verwirrte Wesen" — wie ich einer freundlichen Mitteilung des Herrn Direktor Dr. Hock entnehme. Sie wurde wieder auf dringenden Wunsch des einsichtslosen Mannes entlassen. Nach einer am 1. 9. 1914 an die Bayreuther Anstalt ergangenen Mitteilung des Mannes war die Kranke damals wieder fähig, ihren Haushalt und ihre sonstigen Arbeiten zu verrichten. Ihr Zustand sei sehr zufriedenstellend.

Fall 2. Benommenheit mit krampfartigen Bewegungen. Gustav S., Gastwirt aus K., 36 Jahre. Nicht erblich belastet. Weiches, zu Sorgen geneigtes Wesen. Wenn er sich körperlich nicht ganz wohl fühlte, sehr empfindlich. Im Beginn des Magenleidens reizbar. Am 27. 11. 1912 nach starken Magenblutungen in die chirurgische Klinik aufgenommen, äußerst blaß. Operation am 29. 11. Am Tage nach der Operation geringe Albuminurie. Patient war vor der Operation und in den ersten Tagen nach derselben sehr matt, zeigte starkes Krankheitsgefühl und große Wehleidigkeit. Am 4. Tage nach der Operation plötzlich rasch zunehmende Bewußtseinstrübung. Patient reagiert morgens noch auf Anruf, abends nicht mehr, er schreit manchmal spontan, ebenso bei Berührungen, macht energische Abwehrbewegungen, schlägt nach dem Arzt oder zeigt negativistisches Widerstreben. Krampfartige Starre der Nacken- und Rückenmuskeln, Zähne aufeinandergepreßt, Zähneknirschen, die Mundwinkel sind tonisch emporgezogen, die Augen krampfhaft zugekniffen. Flüchtige Muskelzuckungen in unregelmäßigen Zeitabständen, bald an diesem, bald an jenem Körperteil. Der linke Arm wird manchmal erhoben und eine Weile so gehalten, manchmal auch der rechte Arm; dabei zuckt bald der eine, bald der andere Finger. Sehnenreflexe sämtlich lebhaft gesteigert, beiderseits Fußklonus, Andeutung von Babinski links. Keine Temperatursteigerung. In der Nacht Tod unter zunehmender Benommenheit.

Aus dem Sektionsbefund: Magendünndarmwunde ohne Besonderes. Darminhalt zum Teil schwarz gefärbt, großes Magengeschwür am Pylorus. Kleiner Tumor (Karzinom?) im Kopf des Pankreas [1]).

Fall 3. Stupor. Fräulein Tilia L., Stütze aus N. Seit 3 Jahren Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Bleichsucht. Starke Abmagerung. Nach dem Röntgenbilde bestand Pylorusstenose. Von einem Verwandten der Kranken (Arzt) wird angegeben, daß Patientin von jeher nervös gewesen sei. Am 5. 2. 1914 Gastroenterostomie in Mischnarkose. Am 1. und 2. Tage nach der Operation psychisch unauffällig. Nahm flüssige Nahrung zu sich. Temperatur am 1. Tage nach der Operation abends 37,9. Vom 3. Tage (8. 2.) ab schwerbesinnlich verfällt Patientin am 5. Tage in einen stuporösen Zustand; sie verweigert die Nahrungsaufnahme, gibt keine Antworten, zieht bei passiven Bewegungen die Extremitäten negativistisch zurück. Ab und zu drängt sie aus dem Bett und bleibt ratlos inmitten des Zimmers stehen. Schon am folgenden Tage (11. 2.) ist der Stuporzustand abgeklungen. Patientin hat nur ganz gering erhöhte Temperaturen, die nur einmal (10. 2.) 38,2 erreichen und sich sonst zwischen 37,2 und 37,9 bewegen. Ab 16. 2. geht die Temperatur zur Norm herunter (37—37,5) und bleibt so bis zur Entlassung am 22. 2. Pat. wog bei der Aufnahme 45,5 kg, bei der Entlassung 44,5 kg. Nach Mitteilung des Vaters vom 20. 7. 14. fühlt sich Pat. immer noch nicht ganz gekräftigt, ihr Magen könne viele Speisen nicht vertragen, über nervöse Beschwerden werde nicht geklagt.

B. Psychose nach Laparotomie wegen eitriger Peritonitis. (Appendicitis?)

Fall 4. Ängstlich-paranoide Psychose. Anna E., 47 Jahre, Maurersfrau aus L. In der chirurgischen Klinik vom 7. bis 27. 4. 1913. Seit 3 Wochen unbestimmte Schmerzen im ganzen Leib, appetitlos, häufig Übelkeit, einige Male Erbrechen. Stuhl angehalten, Schmerzen beim Stuhlgang und beim Wasserlassen. Aufnahmebefund: Kleine Person in schlechtem Ernährungszustand, Muskeln atrophisch,

[1]) Über den mikroskopischen Gehirnbefund der Fälle 2 und 7 soll an anderer Stelle berichtet werden.

Fettpolster sehr dürftig, Herztätigkeit beschleunigt, 120. Puls klein und schlecht. Temperatur 38,9. Pat. wird sofort in Mischnarkose operiert (7. 4.). Bei Eröffnung der Bauchhöhle fließt reichlich Eiter ab, Dünndarmschlingen miteinander verklebt. Der Ausgangspunkt der Eiterung ließ sich nicht feststellen. Es wird ausgetupft und ausgiebig tamponiert. Krankheitsverlauf günstig. Temperatur sinkt bis zum 9. 4. (zweiter Tag nach der Operation) auf 37,5 ab, Puls durchschnittlich 100. Vereinzelt kommen noch leichte Temperatursteigerungen vor: 11. 4. abends 38,4, 12. 4. 38,0 und 37,8, dann 18. 4. abends 37,9.

Am 21. 4. plötzlich Übelkeit, starkes Schwächegefühl. Am 22. 4. wird Pat. ängstlich und mißtrauisch, glaubt sich von den Schwestern und den anderen Kranken beeinträchtigt. Sie war nachts unruhig, ging aus dem Bett, wollte fort. Spricht auch tagsüber ziemlich viel, ist aber örtlich und zeitlich orientiert. Am 24. 4. von mir untersucht ist Pat. leicht ängstlich, noch mehr mißtrauisch und gereizt. Sie beklagt sich über die Schwestern und die anderen Kranken, die alle seit ein paar Tagen nicht mehr gut zu ihr seien. Sie solle beseitigt werden. Auch der Arzt helfe dazu. In der Suppe, in der Milch, überall sei Gift, alles schmecke so merkwürdig. Pat. verweigert die Nahrung, bekommt Nähreinläufe. Die Beeinträchtigungsvorstellungen werden aber nicht dauernd festgehalten; die Kranke verkehrt zwischendurch freundschaftlich mit den Schwestern, lobt den Arzt. Lebhaftes energisches Mienenspiel, keine delirante Unruhe. Gute Aufmerksamkeit. Die Kranke ist örtlich und über die letzte Vergangenheit (Krankheit, Operation, Aufenthalt in der Klinik) wohl orientiert, die Jahreszahl wird dagegen nicht gefunden. Bei Frage: haben wir 1800? sagt sie: 1898. Merkfähigkeit für Zahlen herabgesetzt. Unterschiedsfragen und Sprichwörter werden mangelhaft erklärt. Pat. klagt selbst, daß sie ihre Gedanken nicht zusammenhalten könne. Körperlich: hochgradige Blässe, schwacher Puls 100—110, Zittern der gespreizten Finger und der erhobenen Füße, rechte Pupille weiter als die linke, Fußklonus beiderseits. Abends Temperatur 38,6. 25. 4. weniger ängstlich und mißtrauisch, zweifelt, ob man sie habe vergiften wollen, aber es schmecke alles so schlecht. Im weiteren Gespräch äußert die Kranke aber doch wieder, daß sie vergiftet werden solle. Daß sie die letzte Nacht in einem Einzelzimmer habe schlafen müssen, mißdeutet sie: sie sollte in dem Kämmerchen beiseite geschafft werden. Auch die zeitliche Orientierung ist heute vorhanden. Merkfähigkeit herabgesetzt. Pupillendifferenz und Fußklonus (links stärker als rechts) bestehen fort. Pat. klagt über Taubheitsgefühl in der linken Hand; keine Sensibilitätsstörungen sonst nachweisbar.

28. 4. Wird vom Manne abgeholt. In den letzten Tagen hat Pat. ohne Mißtrauen und Widerstreben gegessen. Seit 24. 4. keine Temperatursteigerungen mehr. Nach Mitteilung der Gemeindeverwaltung B. vom 18. 1. 1916 ist Frau E. geistig völlig gesund.

C. Psychosen nach Operationen von Rektumkarzinomen.

Fall 5. Deliranter Zustand. Georg B., 58 Jahre. Gendarmeriewachtmeister aus G. In der chirurgischen Klinik vom 30. 1. bis 16. 5. 1913. Karzinom des Analringes bei einem kräftig gebauten Mann von 58 Jahren in gutem Ernährungszustande. Am 3. 2. Amputation des Rektums ohne Knochenwegnahme in Lumbalanästhesie. Guter Wundverlauf, kein Fieber. Patient ist in den ersten Tagen nach der Operation psychisch nicht auffällig. Seit 12. 2. spricht er viel vor sich hin, geht öfter außer Bett, nachts stärkere Unruhe. Örtlich desorientiert, er wisse gar nicht recht, wo er sei, wohl in Schwarzenohe. (Was für ein Gebäude hier?) „Eine Wirtschaft, Wirtschaftsraum, Gasthof mit Ökonomiebetrieb." Er hält die Krankenschwester für die Wirtin, den Krankenbruder für einen Bruder der Wirtin, mich für einen Kaufmann, die Namen kenne er nicht. Er weiß dann aber wieder, daß er zur ärztlichen Behandlung hier sei, „so 3 Wochen". Weiß, daß er operiert worden ist. Auf die Frage: wo? zweifelnde und verworrene Auskunft .... „hier nicht... in Nürnberg.... der Arzt, mit dem ich hier gesprochen habe und die in Nürnberg gehören zusammen.... in Erlangen seh ich Sie auch öfter". (Sind Sie öfter in Erlangen?) „Ja, wenn ich in Behandlung bin." (Sind Sie hier in Erlangen?)

„Nein." (Sind Sie einmal in Erlangen gewesen?) „Ja, da bin ich doch operiert worden." (Wer hat Sie operiert?) „Mehrere Ärzte... da gehts drunter und drüber in Nürnberg... Professor Kreuter." (War Herr Professor Graser auch dabei?) „Weiß net, unser Bader war auch dabei." Auf diese Weise gehen richtige und falsche Auffassungen der Umgebung und der letzten Erlebnisse ständig durcheinander. Häufig werden dieselben Fragen bei wiederholter Stellung verschieden, bald richtig, bald mehr oder weniger falsch beantwortet. Als Operationstag gibt er den heutigen Tag an (15. 2.). Monat und Jahr richtig, Tageszeit (Mittag) wird als Abend angegeben. Der Kranke konfabuliert: gestern sei er in einer Wirtschaft gewesen, er habe gehört, seine Frau sei gestorben. Aufmerksamkeit gut, lebhafte Mimik Merkfähigkeit herabgesetzt. Bei Denkaufgaben starke Ausfälle, Haften und eigenartige Gedankenverquickungen. Uhr falsch abgelesen. (Der Apfel, fällt nicht weit vom Stamm?) „Wenn ein Kind nicht gut tut, wenn es den Weg runter kollert." (Es ist noch kein Gelehrter vom Himmel gefallen?) „Daß ein anderer, der net viel los hat, sich erst recht anstrengen muß.... und daß ein anderer, der vielleicht von einem gescheiten Vater stammt, daß der ohne Anstrengung sein Brot verdienen kann." Einige Bäume zählt er nach Aufforderung richtig auf, zuletzt Apfelbaum, Kirschenbaum. Soll danach einige Blumen nennen: „Veilchen, Äpfel, Birnen, Nelken." Leichte delirante Unruhe, versucht wiederholt aufzustehen, will gleich abreisen, mißdeutet die Zurückhaltung: er werde schlecht behandelt, er müsse für die Ärzte so viel Schokolade liefern, das könne er nicht. Bei einem Brief an seine Frau schreibt er den ganzen Briefumschlag voll; Inhalt ein Durcheinander von sinnvollen und verworrenen Äußerungen.

Bis 21. 2. keine wesentliche Änderung, bei stets guter Aufmerksamkeit bleibt die Orientierung in Ort und Zeit unklar, die delirante Unruhe ist nachts stärker, es tauchen einzelne flüchtige Beeinträchtigungsvorstellungen auf: man wolle sein Gehalt erheben. Er verlangt fortwährend Briefe und Karten zu schreiben; auf einer derselben schreibt er, paraphasisch „An die Königliche Chemik" (statt Klinik).

Ich konnte den Kranken, da ich verreisen mußte, nicht länger beobachten. Nach Mitteilung des Abteilungsarztes, Herrn Dr. Brommer, besserte sich der Zustand allmählich, so daß B. nach ca. 4 Wochen keine psychischen Störungen mehr aufwies. In diesem Zustande am 16. 5. entlassen. Nach Mitteilung seiner Frau erschien er auch zu Hause anfangs ganz normal; er erinnerte sich sogar an vieles, was er verkehrtes gesprochen oder geschrieben habe. Ende Juli verschlimmerte sich das Krebsleiden von neuem und damit machte sich auch wieder eine geistige Störung bemerkbar. Seine Frau schrieb mir sehr bezeichnend: „sein Gedächtnis war nicht schlecht und wußte alle früheren Vorkommnisse, jedoch verwechselte er immer die Vergangenheit mit der Gegenwart. Z. B. wußte er nicht, daß er sich zu Hause befand, meinte immer, er wäre noch in Erlangen und mich oft inständigst bat, ihn mit nach Hause zu nehmen. Bei Nacht trat die Unruhe stärker hervor als beim Tage, mitunter hatte er auch ganz lichte Momente, jedoch immer nur wenige Minuten." Gestorben am 24. 8. 1913.

Fall 6. Benommenheit. R., 50jähriger Mann. Am 17. 9. 1911 Operation eines Mastdarmkarzinoms unter Lumbalanästhesie. Pat. ist nach Angaben seiner Angehörigen schon während der Dauer seiner Krankheit „ungut und reizbar" gewesen. Eigentliche psychische Störungen wurden nicht bemerkt. Pat. war sehr blaß und abgemagert. Am Abend nach der Operation 38,8. Am ersten Tage nach der Operation psychisch unauffällig, am 2. Tage (19. 11.) unruhig, wehrte sich gegen Nahrungsaufnahme, schlug um sich. Bei meiner Untersuchung kaum fixierbar, schüttelt höchstens den Kopf bei Fragen nach Zeit, Ort und Personen, liest die Uhr falsch ab. Macht Pseudospontanbewegungen (pathetische Gesten, sinnlose Gliederverrenkungen), krampfartiges Grimmassieren, Schnalzen, Pusten, Zähne knirschen, lacht vor sich hin, droht dann wieder. Patellarreflex rechts aufgehoben, links nur ganz schwach auslösbar, Achillessehnenreflexe gesteigert, Andeutung von Fußklonus. Puls kaum fühlbar, Temperatur 38,1. In der Nacht andauernd unruhig, am folgenden Tage zunehmende Bewußtseinstrübung. In der darauffolgenden Nacht Tod. Sektion von den Angehörigen verweigert.

Fall 7. Ängstlich-ratlose Erregung. Bartholomäus H., 54jähriger Weber aus M. Seit Sommer 1912 Durchfälle und Darmblutungen, Januar 1913 in Jena wegen Mastdarmkarzinom operiert. Wollte sich wegen Verschlimmerung seines Leidens vor kurzem nochmals in Jena operieren lassen, was aber — offenbar als aussichtslos — abgelehnt wurde. Kam deshalb hierher. Am 17. 7. 1913 in Lumbalanästhesie operiert. In den Tagen vor der Operation war am Geisteszustande des H. nur aufgefallen, daß H. mit großer Leidenschaftlichkeit seine Aufnahme und die Operation verlangte; die Aufnahme hatte Schwierigkeiten gemacht, da H. mittellos war. Auch die ersten Tage nach der Operation erschien H. in der chirurgischen Klinik geistig gesund. Kein Fieber. Am 21. 7. abends unruhig, ließ sich in der Nacht mit Mühe beruhigen. Am 22. 7. morgens sehr erregt, versuchte den Verband mit seinem Taschenmesser abzuschneiden, zog sich seine Hosen an, drängte gewaltsam fort. Wird im Laufe des Tages in die psychiatrische Klinik verlegt. Großer Mann, auffallend blaß, aschgraue Gesichtsfarbe. Ernährungszustand dürftig. Puls sehr beschleunigt, 136. In der linken Unterbauchgegend ein Anus praeternaturalis. Pat. ist sehr erregt, zeigt Annäherungsfurcht, setzt jeder Untersuchung verzweifelten Widerstand entgegen, ist kaum zu fixieren, gibt, soweit er antwortet, meist sinnlose Antworten. Örtlich und zeitlich desorientiert. Amnesie für den Aufenthalt in Erlangen und die Operation. Gibt an, daß er in Jena operiert worden sei. Jammert dann aber über Schmerzen, er sei geschnitten und aufgemacht. Verneint manchmal Fragen, zu deren Beantwortung er auch nach Ausweis anderer Antworten fähig sein müßte; z. B. er habe keine Frau, keine Kinder, gibt nicht zu, daß er Hahn heiße. „Hahn? ich weiß nichts von Hahn." Macht wiederholt sinnlose rhythmische Bewegungen mit der rechten Hand. Nahrungsverweigerung. Auf Hyoscin schneller Schlaf. Sondenfütterung.

23. 7. Ängstlich-ratlose Unruhe, muß ständig gehalten werden, weigert sich, Urin in ein Gefäß zu lassen, uriniert aber im Abort. Sehr schwer zu fixieren, gleitet mit den Antworten ab oder äußert Vorstellungen ohne Beziehung zur Frage (nach Art des Danebenredens). Es ist schwer zu beurteilen, wie weit die wirkliche Desorientierung und die wirkliche Herabsetzung der Merk- und Denkfähigkeit gehen. Äußert Angstvorstellungen: er habe kein unrechtes Wort gesagt, man wolle ihn operieren, ihn hinmachen. Gibt doch etwas mehr Antworten als gestern. Wiederholt sehr häufig stereotyp, „ich möcht nach Haus. Jetzt bin ich geheilt, ich geh nach Haus". Rat- und verständnislos gegenüber dem Verhalten der Umgebung. Bei längerer Unterredung abweisend „auf das Zeug kümmere ich mich nicht". Nimmt das angebotene Essen nicht, holt sich aber heimlich von dem Essen, das auf dem Tische steht. Abends wieder Hyoscin und Sondenfütterung. Puls 120, Temperatur 36,9. Im Urin kein Eiweiß, keine Zylinder.

24. 7. Ruhiger, aber immer noch ängstlich und mißtrauisch: er sei in einer Mörderhöhle. Weiß aber doch, daß er hergekommen sei, um sich untersuchen zu lassen. Von der Operation will er nichts wissen. Orientierung soweit wieder hergestellt, daß er sich in einer Klinik weiß, redet den Arzt als Professor an. Einförmiger Wunsch nach Entlassung. Bei Fragen, deren Bedeutung ihm offenbar unklar ist (Intelligenzprüfung, Bilder beschreiben, Nachsprechen, Rechnen), ratlos und abweisend. Will einfachste Dinge (Geldbeutel, Markstück) nicht kennen. Verhält sich mit dem Essen wie gestern: lehnt das angebotene Essen ab und nimmt anderes Essen, das zufällig auf den Tische steht.

In den nächsten Tagen weitere Beruhigung, ißt mehr, dauernd kein Fieber, Puls 150, etwas kräftiger. Orientierung besser, aber immer noch ängstlich, ratlos und ablehnend

Am 28. und 29. 7. wiederholte heftige Angstanfälle, schreit Feuer, man habe ihm die Hände zugemacht, dazwischen Lächeln. Manchmal erschwerte Wortfindung und paraphasische Wortentstellungen. Merkfähigkeit sehr schlecht, bei der jetzt zeitweilig besseren Aufmerksamkeit leichter nachzuweisen.

31. 7. Wird merklich schwächer, die Angstanfälle treten zurück, doch sträubt er sich immer noch heftig beim Verbinden. Kennt den Arzt und weiß, wo er sich befindet. Stets fieberlos. Puls unregelmäßig 140. Patient sieht wachsbleich aus. Nachts 11 Uhr Tod.

Aus dem Sektionsprotokoll: Um den unteren Dickdarmabschnitt herum kein Krebsgewebe, jedoch ist das umgebende Gewebe schwielig durchsetzt. Die inneren Inguinaldrüsen sind makroskopisch nicht krebsig infiltriert. In der Höhe der linken Nebenniere eine etwas markige größere Lymphdrüse, sonst sind die retroperitonealen Lymphdrüsen nicht vergrößert. Weiche Hirnhäute im Bereich der Furchen milchig getrübt. Gehirnsubstanz auf Frontalschnitten sehr stark feuchtglänzend, Mark- und Rindensubstanz ziemlich blaß. Arterien der Hirnbasis etwas weit, nur in der linken, mittleren Gehirnarterie eine Kalkeinlagerung

Aus den nachträglichen Angaben der Frau geht hervor, daß H., der früher ein sehr fleißiger, verschlossener Mensch war, schon seit 4 Jahren geisteskrank gewesen ist. Ganz allmählicher Beginn; er wurde reizbar, glaubte sich von den Nachbarn beeinträchtigt, bezog die Predigt auf sich, zog sich ganz zurück, arbeitete aber vollkommen gut bis nach der Operation in Jena, Januar 1913. Seitdem Verschlimmerung, ging gegen seine Verfolger vor, drohte sie umzubringen, stellte sich mit einem Knüppel unter dem Rock vor die Türe eines Rechtsanwalts, glaubte, man verbreite durch Briefe lauter Schlechtigkeiten über ihn. Zeitweise starke Angst, viele körperliche Klagen, klagte jeden Tag über andere Schmerzen; im Kopf sei es, als ob ein Rattenschwanz sich drin drehe, in seinem Leib sei alles verbrannt; war aber immer orientiert, besonnen, aufmerksam, bei guter Merkfähigkeit.

D. Psychose nach Prostatektomie.

Fall 8. Deliranter Zustand. Friedrich O., 77 Jahre, früherer Bäckermeister aus A. In der chirurgischen Klinik vom 16. 1. bis 17. 2. 1913. Hatte im Jahre 1912 wiederholt Schwindelanfälle. Gedächtnisabnahme ist nicht bemerkt worden. Früher körperlich und geistig völlig gesund, keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie. Litt seit einiger Zeit an Beschwerden beim Wasserlassen infolge von Prostatahypertrophie. Beim Katheterisieren war ein Katheter abgebrochen. Deshalb gleich nach der Aufnahme Sectio alta und Urethrotomia externa in Lumbalanästhesie. Pat. übersteht die Operation gut. Kein Fieber. Psychisch ohne besonderes. War nur vor der Operation etwas ängstlich. Am 25. 1. zweite Operation; Prostatektomie in Lumbalanästhesie. Die ersten zwölf Stunden nach der Operation psychisch nicht auffällig. Dann delirante Unruhe, besonders nachts, wehrte sich ängstlich und zornig gegen eine Einspritzung, ging außer Bett, riß an seinem Verband herum. Am 28. 1. von mir untersucht weiß sich Pat. in der Klinik, ist aber im unklaren, in welcher; kennt die Stadt und den Krankenbruder nicht, weiß nicht, wer der ihn besuchende Enkel ist, nennt die Krankenschwester ein Frauenzimmer. Von mir sagt er, ich sei ihm wohl bekannt. Von Prof. Graser hört er mit Verwunderung reden. Zeitlich gänzlich desorientiert, Merkfähigkeit sehr schlecht, starke Denkerschwerung mit Perseveration, haftet am Geburtsjahr, wenn man ihn nach seinem Alter fragt, wiederholt das Wort Klinik bei Fragen nach seinem Befinden. Perseveriert in geringem Grade auch bei mimischen Bewegungen. Körperlich seniles Aussehen, starke periphere Arteriosklerose. Unter zunehmender Bewußtseinstrübung stirbt Pat. am 7. 2. 1913.

E. Psychosen nach Operationen an den weiblichen Genitalien.

Fall 9. Stupor nach Entfernung eines Ovarialkystoms. Babette V., 37 Jahre. Keine erbliche Belastung, gute Schülerin, nicht nervös, fleißige Hausfrau. Am 22. 8. 1911 wurde Pat. wegen eines stielgedrehten Ovarialkystoms in der Frauenklinik laparotomiert. Pat. fieberte vor der Operation hoch. Das Fieber fiel am zweiten Tage nach der Operation zur Norm ab. Pat. war sehr blaß, Ernährungszustand sehr vermindert. Gleich nach der Operation sagte die Kranke zur Schwester, sie sei gar nicht operiert worden, verhielt sich aber sonst zunächst unauffällig. Am 24. 8. lag sie regungslos im Bette, sprach nicht, zeigte bei der Untersuchung durch mich Muskelstarre in den Unterkiefermuskeln. Ab und zu sprang sie aus dem Bett und machte eigentümliche kreisende Bewegungen mit den Armen. Abgerissene, einförmige Äußerungen „ganze War kaput — alle werden geschnitten — große Sünden". Soweit Pat. antwortete, ließ sich ersehen, daß

sie örtlich und zeitlich ungenau orientiert war und an die letzten Ereignisse keine klare Erinnerung hatte. Stimmung vorwiegend affektlos, jedenfalls keine dauernd ängstliche Verstimmung, hie und da Lächeln.

Am 25. 8. in die psychiatrische Klinik verlegt. Der stuporöse Zustand hält in den nächsten Tagen an. Pat. nimmt nur widerstrebend wenig Nahrung; Sondenfütterungen. Beginnender Dekubitus am Kreuzbein, leichte Temperatursteigerungen. Puls klein, beschleunigt, hochgradige Blässe. Pat. äußert hypochondrische Sensationen mit wahnhaften Deutungen, bittet den Arzt, seine Hand in ihre linke Achselhöhle zu legen, es seien hier Drähte eingewickelt; es sei ihr über die Brust alles zu kurz, sie könne schwer schnaufen, die Betten seien zu schwer. Beklagt sich über das Pflegepersonal und über das Essen; in der Frauenklinik sei alles besser gewesen. Die Kranke ist am 26. 8. örtlich und zeitlich orientiert, weiß, daß sie in der Frauenklinik operiert wurde. Am 27. wieder mehr stuporös, leichte delirante Unruhe mit den Händen, faltet und wischt an der Bettdecke. 28. leicht ängstlich, Muskelspannungen, Miene der Unbehaglichkeit und Unlust. Aussehen und Puls bessern sich. 1. 9. Pat. ißt von selbst reichlich; immer noch sehr geringe Regsamkeit. Der Dekubitus hat zugenommen. 13. 9. Pat. wird freier und lebhafter. 21. 9. völlig orientiert. Erinnert sich, daß sie von mir vor ihrer Verbringung in die psychiatrische Klinik in der Frauenklinik untersucht wurde. Für die Wahnvorstellungen körperlicher Veränderung (vgl. oben) besteht Erinnerungsverlust. Der Dekubitus heilt langsam ab. 22. 9. Pat. wird mit völliger Krankheitseinsicht entlassen. Sie ist nach einer Mitteilung vom 19. 7. 1914 geistig gesund geblieben und fühlt sich körperlich vollkommen wohl.

Fall 10. Hyperkinetische Erregung nach abdominaler Totalextirpation wegen Uterus myomatosus. Marie M., 52 Jahre. Erblich nicht belastet, fleißige, sehr religiöse Frau, war immer etwas furchtsam und „geistig nicht ganz auf der Höhe" (Angaben der Tochter). Am 2. 5. 1910 wurde wegen Blutungen aus dem myomatös entarteten Uterus die abdominale Totalextirpation vorgenommen. Pat. war die erste Zeit nach der Operation ruhig, keine Anzeichen psychischer Veränderung, kein Fieber, genügende Nahrungsaufnahme. Am 16. 5. plötzlich sehr erregt; lebhafter, ideenflüchtiger Rededrang, heitere Stimmung. Am 18. 6. in die psychiatrische Klinik verlegt. Am Tage der Aufnahme starker, fast ununterbrochener Rededrang bei verhältnismäßig geringer sonstiger Unruhe. (Wie heißen Sie?) „Ach Gott, ich bin doch die Marianne M. Ich wohne doch in Hallendorf, wir haben unser Anwesen verkauft, meine Töchter sind sehr gescheit. Heute noch kommt der Papst und die hohe Geistlichkeit. Sie werden noch staunen, was ich Ihnen schon alles Gute getan habe. Sie haben ja den rechten Glauben nicht. Und der Luther ist auch abgefallen und ist evangelisch geworden und hat geheiratet und zu seiner Frau am Totenbett gesagt: Frau, evangelisch ist gut leben, katholisch ist gut sterben." In dieser Weise ideenflüchtig weiter. Die expansiven und religiösen Vorstellungen wiederholen sich häufig. Pat. ist nur für Augenblicke fixierbar und gibt dann richtige Antworten über Namen, Familienverhältnisse, Ort und Zeit. Körperlich in leidlichem Ernährungszustand, aber sehr blaß; Puls 120. Kein Fieber. Urin frei. Leicht vergrößerte Schilddrüse. Linke Pupille enger als die rechte, rechte Lidspalte enger als die linke.

19. 6. Etwas ruhiger, Andeutungen von Krankheitseinsicht: sie wisse, daß sie in den letzten Tagen „verzückt" gewesen sei; die Schwestern in der Frauenklinik, die sie schlecht behandelt hätten, seien daran Schuld.

20. 6. Morgens 1 Stunde mutazistisch, dann plötzlich starker Rededrang. „Ach Gott, die ganze Welt ist untergegangen, wir schweben auf den Wolken zu Gott. Heiliger Antonius, bitte für uns, heiliger Antonius, sei uns gnädig, Antonius, Antonius". Verbigeriert diese und andere Worte häufig. In ihrer Rede macht sich ein rhythmischer Tonfall geltend.

22. 6. Von Tag zu Tag steigende Erregung, an dem jetzt auch der übrige Körper stärker teilnimmt. Sucht im Bad unterzutauchen, zusammenhanglose Bewegungen, zeitweilig wieder isolierter Rededrang in zunehmender Zusammenhanglosigkeit und Einförmigkeit. Die anfangs mehr heitere Stimmungslage wechselt nun stark, ist zeitweilig ängstlich oder zornig. Antworten manchmal völlig sinn-

los, ohne Beziehung zur Frage, zwischendurch aber auch richtig. „Drei Tage lang dauert nun mein Unglück." Die Erregung dauert Tag und Nacht an, nur auf Hyoszin stundenweise Schlaf.

23. 6. Sie wirft die Bettstücke aus dem Bett, wälzt sich herum, springt aus dem Bett, fegt einige Geschirre vom Tisch, spritzt aus dem Bad nach den Umstehenden, schlägt mit Händen und Füßen um sich, verzerrt das Gesicht grimmasierend, macht sonderbare Bewegungen mit den Händen, als ob sie Krallen hätte. Zerrt an ihren Kleidungsstücken, spuckt sehr viel, hochgradiger Affektwechsel, kaum fixierbar. Sie sei der Teufel, müsse die bösen Seelen holen, küßt dem Arzt die Hand: „Hochwürden, Herr Erzbischof, küß die Hand." Gleich darauf spuckt sie dem Arzt ins Gesicht: „Geh weg, du Aff, du Sau."

25. 6. Wehrt sich gegen die Nahrungsaufnahme; Sondenfütterung. Begrüßt ihren Mann mit den Worten: „Grüß Gott, du Alter, geh' weg, ich bin ja ein Teufel, mein Mann hat sich erschossen, haben die Leute gesagt. Du bist a' Sau, a' Hund."

27. 6. Ruhiger, ißt von selbst, schläft spontan. Liegt verschmitzt lächelnd da. Am folgenden Tage völlig mutazistisch, wirft den Ärzten aber herausfordernde, mutwillige Blicke zu, drückt und küßt ihnen die Hände. Antwortet nur durch Gesten. In den nächsten Tagen besser fixierbar, zeigt sich orientiert, Stimmung wieder mehr wie anfangs heiter, stellt sich verschämt wie ein junges Mädchen, zwischendurch noch häufig abweisend. Beantwortet viele Fragen, die sie sicher lösen könnte, widerwillig mit „weiß ich nicht"; z. B. 10 + 3. Infolge der Störung der Aufmerksamkeit ist schwer zu entscheiden, wie weit Orientierung, Merk- und Denkfähigkeit wirklich gestört sind.

6. 7. Wesentlich beruhigt, aber noch merklich gestört, vom Manne abgeholt. Differenz der Pupillen- und Lidspalten unverändert. Nie Fieber. Urin frei.

Sie hat sich nach einer am 20. 7. 1914 erholten brieflichen Auskunft des Mannes daheim in einigen Wochen völlig erholt und ist seitdem gesund geblieben.

II. Zustandsbilder.

In allen Fällen handelt es sich um schwere psychische Störungen, deren Symptomenbilder dem normalen Seelenleben fremdartig gegenüberstehen.

In den manischen, den melancholischen und den paranoischen Symptomenkomplex kann sich jeder Gesunde leicht hineinfühlen. Unter der Wirkung affektvoller Erlebnisse macht auch der Gesunde abgeschwächte manische, melancholische und paranoische Zustände durch. Man denke an die manische Verstimmung des glücklichen Bräutigams, die Depression beim Verlust eines lieben Angehörigen, die mißtrauisch-feindselige Verstimmung, die sich leicht des Zurückgesetzten und Gekränkten bemächtigt. Ferner sind leichtere Ausprägungen jener drei Symptomenkomplexe in bestimmten Lebensaltern nahezu physiologisch: das Kind ist leicht manisch, der Greis ist leicht depressiv oder — und dies gilt besonders für Frauen — zu mißtrauisch-paranoischer Stellungnahme geneigt. Der manische, melancholische und paranoische Symptomenkomplex stehen also dem normalen Seelenleben nahe und sind nach ähnlichen Gesetzen wie dieses aufgebaut. Das gilt auch noch für die reizbare Verstimmung (z. B. bei der Neurasthenie). Im Gegensatz dazu stehen die Zustandsbilder der postoperativen Psychosen dem normalen Geistesleben fremdartig gegenüber. Die seelischen Vorgänge laufen dort nach ganz anderen Gesetzen ab als im geistesgesunden Zustande. Man könnte den manischen und den melancholischen Symptomenkomplex, die reizbare und die mißtrauisch-paranoische Verstimmung daher als homonome, die Symptomenbilder bei den postoperativen Psychosen als heteronome Zustände bezeichnen. Sucht man nach Be-

ziehungen der heteronomen Symptomenbilder mit dem gesunden Geistesleben, so bieten sich nur der Schlaf und die Übergänge zwischen Schlaf und Wachen (Schlaftrunkenheit, stärkste Ermüdung) zum Vergleich. Aber der Schlaf, die Schlaftrunkenheit und die hochgradige Ermüdung sind ja selbst Zustände, in denen die seelischen Funktionen nach ganz anderen Gesetzen ablaufen als im Normalzustande eines wachen Menschen.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, daß die heteronomen Syndrome nach Operationen einige Merkmale untereinander gemeinsam haben, in vielen anderen aber sich voneinander unterscheiden. Es ergaben sich 6 verschiedene Erscheinungsweisen:

Benommenheit mit krampfartigen Bewegungen, ein Bild, das der Meningitis ähnelt, zeigten die Fälle 2 und 6 (Gastroenterostomie wegen Magengeschwür bzw. Operation eines Rektumkarzinoms). Bei Fall 2 ist die Bewußtseinstrübung noch tiefer als bei Fall 6. Die Bewegungsformen sind bei Fall 2 ausgesprochen krampfartig, flüchtige Zuckungen bald in diesem, bald in jenem Muskel, Nacken- und Rückenstarre, Trismus, zusammengekniffene Augen und tonisch emporgezogene Mundwinkel. Der Kranke R. (Fall 6) machte außerdem noch mannigfaltigere und kompliziertere Bewegungen vom Charakter der Pseudospontanbewegungen, die wir bei einer späteren Gruppe von Kranken das Bild beherrschen sehen. Die Bewußtseinstrübung geht aber auch bei Fall 6 rasch in Benommenheit über. Beide Kranke sterben nach ganz kurzem Krankheitsverlauf; Fall 2 nach ca. 16 Stunden, Fall 6 nach 2 Tagen. Solche Fälle werden auch als Delirium acutum bezeichnet.

Die Kranken 5 und 8 (Operation eines Rektumkarzinoms, Prostatektomie) befanden sich in einem deliranten Zustande, d. h. in einer seelischen Verfassung, die eine weniger tiefe Herabsetzung der psychischen Funktionen darstellt als die Benommenheit und etwa mit der Schlaftrunkenheit verglichen werden kann. In gewissen Phasen des Krankheitsverlaufes nähert sich das Bild noch mehr dem der Schlaftrunkenheit. Man könnte dann auch von einem Dämmerzustande sprechen. Die Elementarsymptome sind: Desorientierung über Ort und Zeit — die Unklarheit über die Zeit ist stärker und bleibt länger bestehen als die örtliche Desorientierung —, herabgesetzte Merkfähigkeit, mangelhafte Erinnerung für die jüngste Vergangenheit, insbesondere für die Zeit der Psychose. In die Erinnerungslücke wird vielfach retrograd auch die Operation einbezogen, was schon früheren Beobachtern (Picqué [4], Selberg [8]) aufgefallen ist. Nach Ablauf der Erkrankung bleibt eine mehr oder weniger umfangreiche Amnesie bestehen. Die Kranken konfabulieren zum Teil (Fall 5). Es können Sinnestäuschungen vom Charakter der aus verschiedenen Sinnesgebieten zusammengesetzten und räumlich komplizierten Situationstäuschungen, wie sie vom Delirium tremens her am besten bekannt sind, auftreten (Fall 5). Die Erinnerung an weiter zurückliegende Erlebnisse ist gut, die früher erworbenen Kenntnisse sind erhalten, höchstens ist die Erweckbarkeit auch dieser Vorstellungen etwas erschwert, die Kranken erscheinen dann schwerbesinnlich und das Zustandsbild nähert sich dem des Dämmerzustandes und weiterhin der an den Kranken 2 und 6 beschriebenen Benommenheit. Das Denken (Lösung von Rechenaufgaben, Sprichwörter erklären u. ä.) ist bei schwierigeren Aufgaben behindert, zuweilen macht sich Perseveration bemerkbar. Die Kranken zeigen ferner eine mehr oder weniger starke Bewegungsunruhe im Sinne eines

Beschäftigungsdranges. Die Unruhe steigert sich nachts. Die Kranken drängen aus ihrem Bett, suchen nach ihren Kleidern und wollen sich an ihre gewohnte Beschäftigung begeben. Auch in dieser Hinsicht ähnelt der Zustand sehr dem Delirium tremens. Zieht sich unter Zurücktreten der Beschäftigungsunruhe und der Sinnestäuschungen die Psychose länger hin, so hat man den Korsakowschen Symptomenkomplex vor sich. Eine charakteristische Veränderung der Affektlage besteht nicht. Die Kranken werden, wenn man sie wieder ins Bett zurückbringt, manchmal gereizt und zornig, lassen sich aber im allgemeinen leicht beruhigen. Flüchtige, ängstliche und mißtrauische Gefühlsregungen kommen vor. Im allgemeinen herrscht aber eine Herabsetzung der Gefühlserregbarkeit; die Kranken sind durchschnittlich leicht apathisch.

Ein 3. Symptomenbild, das durch die Fälle 1 und 7 dargestellt wird, ist das der ängstlich-ratlosen Erregung. Hier steht die Veränderung der Stimmungslage im Sinne einer ängstlichen, ratlosen, ablehnenden Verstimmung im Vordergrunde, während die Desorientierung, die Herabsetzung der Merkfähigkeit und der Erinnerungsverlust für die Jüngstvergangenheit und für die Zeit der Psychose weniger ausgesprochen sind. Die Kranken mißdeuten die Vorgänge in ihrer Umgebung in ängstlichem Sinne. Es treten phantastische Angstvorstellungen auf, zum Teil unter Mitwirkung von Halluzinationen und Illusionen: der Kopf soll herunter, die Angehörigen sind im Keller eingesperrt und werden umgebracht. Bei bestehender Amnesie für die Operation glauben die Kranken noch vor der Operation zu stehen und sträuben sich mit Händen und Füßen dagegen. Die Angstvorstellungen werden nicht miteinander in Zusammenhang gebracht und zu einem Verfolgungswahn verarbeitet, sondern es tauchen widerspruchsvolle Angstgebilde auf. Die Kranken lächeln und schütteln den Kopf, wenn man ihnen eben geäußerte Befürchtungen vorhält, sie loben den Arzt und die Krankenschwestern, von denen sie sich sonst beeinträchtigt fühlen. Die Angst geht manchmal in Annäherungsfurcht (Wernicke) und Negativismus über, d. h. die Kranken wehren automatisch ab, krümmen sich weg, wenn man sie berührt, widerstreben zwangsmäßig, wenn man ihre Glieder zu bewegen sucht. Dabei verrät der Gesichtsausdruck keineswegs immer schwerste Angst, so daß man den Eindruck einer reflexartigen, mehr unbewußten Funktion von affektiv-automatischen Gehirnapparaten hat, denen das „Oberbewußtsein" unbeteiligt gegenübersteht. Auch die eigenartige Ratlosigkeit und Unschlüssigkeit, welche die Kranken bieten, läßt sich — wie ich das früher schon darzulegen versucht habe [1]) — auf ängstlich ablehnende Gefühlsregungen zurückführen, die sich an jeden Willensentschluß heften und dadurch die Willensentscheidung im Sinne der Unschlüssigkeit, des Zweifels, der Ratlosigkeit beirren. So erhält auch die Bewegungsursache das ratlose Gepräge. Die Kranken wollen jetzt das Gegenteil von dem, was sie vorhin unternommen haben. Frau B. (Fall 1) drängt verzweifelt auf Entlassung und widerstrebt nachher, als ihr Mann sie abholt; sie muß mit Gewalt die Treppe heruntergebracht werden. Auch an die Sinneseindrücke, die Wahrnehmungen der Umgebung knüpfen sich ängstlich-ratlose Gefühle, so daß die Kranken über alles in Angst und Zweifel geraten, obwohl sie an sich imstande wären, die Umgebung richtig aufzufassen und zu verstehen. Die Kranken scheinen

[1]) Kleist, Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. 1909.

die einfachsten und ihnen geläufigsten Dinge nicht zu wissen, sie scheinen tief verblödet zu sein. Beachtet man aber, daß die Kranken zwischendurch schwierige Fragen richtig beantworten und dann wieder gar nicht aufmerken oder nur flüchtig aufschauen, so wird es klar, daß nur eine Pseudodemenz infolge schwerster Störung der Einstellungs- und Konzentrationsfähigkeit vorliegt. Sehr bezeichnend war das Verhalten der Frau B. (Fall 1), die in den ersten Tagen ihrer Psychose fast unfixierbar und pseudodement war und während einer vorübergehenden Besserung nicht nur einfache, sondern auch ziemlich komplizierte Fragen richtig beantwortete, nur eine leichte Schwerbesinnlichkeit, verschwommene Erinnerung für die letzten Tage und herabgesetzte Merkfähigkeit aufwies. Mit der erneuten Verschlimmerung der Krankheit erschien sie mit einem Schlage wieder ganz dement, konnte die Uhr nicht ablesen, wenige Ziffern nicht nachsprechen — zugleich aber war wieder ihre Aufmerksamkeit aufs schwerste beeinträchtigt. Die Störung der Einstellungs- und Konzentrationsfähigkeit steht zweifellos in innerem Zusammenhange mit der ängstlich-ratlosen Verstimmung, ist deren Folge oder Kehrseite.

Die vierte Form der postoperativen Psychosen ist ein Stuporzustand. (Fälle 3 und 9.) Die Kranken sind beinahe oder ganz akinetisch. Gewisse, bei den psychomotorischen Störungen vorzugsweise befallene Muskeln befinden sich in krampfartiger Spannung: der Kopf wird vom Kissen abgehoben gehalten, der Unterkiefer gegen den Oberkiefer gepreßt. Die Glieder verharren in passiv gegebenen Haltungen. Negativistische Erscheinungen können dabei bestehen (besonders im Fall 3). Die Kranken verweigern die Nahrung, lassen unter sich gehen. Hinter der stuporösen Hemmung verstecken sich bisweilen ängstliche Gefühle, Befürchtungen und hypochondrische Sensationen; vgl. Frau V. (Fall 9): man hat ihr Drähte um den Leib gewickelt, über der Brust ist alles zu kurz, sie soll nochmals operiert werden, sie wird nicht gut verpflegt. Doch ist im ganzen die Stimmungslage eher apathisch, es kommen auch flüchtige heitere Regungen vor. Über die intellektuellen Funktionen ist schwer ins klare zu kommen, da die Kranken (besonders Frl. L., Fall 3) meist keine Antworten geben. Bei Fall 9 ließ sich eine leichtere Unklarheit über Ort und Zeit, aber nur am ersten Tage, nachweisen. Für die ersten Tage bestand nachher auch Amnesie. Entschieden tritt in diesen Fällen die allopsychische Desorientierung, die Störung der Merkfähigkeit und der Erinnerung an die Jüngstvergangenheit gegenüber der psychomotorischen Hemmung zurück. Andeutungen stuporöser Krankheitserscheinungen fanden sich übrigens zum Teil auch bei den Kranken der ersten drei Gruppen: in der Benommenheit ist auch eine Erschwerung der psychomotorischen Vorgänge enthalten, Fall 2 hatte krampfartige lokale Muskelkontraktionen, die Ablehnungsreaktionen der Frau B. (Fall 1) gehen in akinetische Muskelspannungen über.

Die vier bisher genannten Symptomenbilder stehen dem normalen Seelenleben ganz und gar fremdartig gegenüber und gehören unverkennbar zu den schwersten Abänderungen der psychischen Funktionen. Die beiden folgenden Zustandsbilder nähern sich dem normalen Geisteszustande, enthalten aber immer noch genug des Fremdartigen, um sie von den homonomen Symptomenkomplexen zu unterscheiden.

Eine hyperkinetische Erregung bestand bei Frau M., Fall 10

(abdominale Totalextirpation wegen Uterusmyomen). Im Vordergrunde steht ein eigenartiger Bewegungs- und Rededrang, in dem kompliziertere Bewegungen und Laute entäußert werden als bei der deliranten und der ängstlich-ratlosen Unruhe. Teilweise erinnert die Hyperkinese an den manischen Beschäftigungs- und Mitteilungsdrang, wie auch die Stimmungslage vorwiegend gehoben, heiter, aber auch sehr labil ist. Auf der Höhe der Erregung treten parakinetische Gesichtsverziehungen und absonderliche krampfartige, an Athetose erinnernde Bewegungen mit den Händen auf, wie sie bei Katatonischen beobachtet werden. Eine eigenartige Dissoziation zwischen dem Verhalten von Sprache und übriger Motilität tritt häufig hervor: bei fehlender oder nur mäßiger Bewegungsunruhe unterliegen die Kranken einem isolierten Rededrang, um zu anderen Zeiten in einen stummen Bewegungsdrang zu verfallen. Dieselben Worte, Wendungen und Sätze werden in unendlicher Wiederholung verbigeriert. Kurzschlußartig knüpfen sich Sprachäußerungen an zufällige Sinneseindrücke an (Wernickes Hypermetamorphose). Es werden verwickelte, aber untereinander zusammenhanglose Handlungen ausgeführt: die Kranke entkleidet sich, reißt ihr Bettzeug auseinander, rennt im Zimmer umher, schlägt unvermutet nach einer Pflegerin, klatscht in die Hände, spritzt im Dauerbad mit Wasser, läßt sich plötzlich untertauchen, wirft das Essen ins Zimmer, spuckt, fegt mit einem Male einige Geschirre vom Tisch, dazwischen werden einzelne Bewegungen einförmig wiederholt (Iteration). Die Hyperkinese schlägt plötzlich für Stunden oder einen Tag in ihr Gegenteil, ein akinetisches Verhalten mit Muskelspannungen um. Hier sei erwähnt, daß umgekehrt auch bei den stuporösen Kranken vereinzelte Pseudospontanbewegungen vorkommen: Frau V. (Fall 9) ging am ersten Tage ihrer Erkrankung ab und zu außer Bett und machte eigentümliche kreisende Bewegungen mit den Armen [1]).

Nächst der Hyperkinese fällt an der Kranken eine hochgradige Erschwerung der Einstellungs- und Konzentrationsfähigkeit auf, die im Zusammenhang mit dem Rededrang eine Inkohärenz des Gedankenablaufs entstehen läßt. Leichtere Grade dieser Störung führen zur Ideenflucht. Infolge ihrer Schwerfixierbarkeit und des sprunghaft abgleitenden Gedankengangs erscheinen die intellektuellen Leistungen viel stärker gestört, als sie es tatsächlich sind. Es wiederholt sich hier die Erscheinung, die schon bei den ängstlich-ratlosen Erregungen bemerkt wurde. Ist die Kranke einmal besser zu fixieren, so können auch schwierigere Gedankenleistungen bewältigt werden. Doch besteht auch unabhängig von der Unaufmerksamkeit und Erregung eine Herabsetzung der intellektuellen Leistungen. Allerdings sind die Orientierung über Ort und Zeit und die Merkfähigkeit nicht so stark gestört wie bei den deliranten Kranken.

Eine weitere Störung ist die erleichterte und gesteigerte Erweckbarkeit der Vorstellungen. Es strömen der Kranken unwillkürlich Vorstellungen in gesteigerter Fülle zu. Entsprechend der gehoben-ekstatischen Gemütsverfassung sind es vornehmlich religiöse Vorstellungen und Gedanken der Selbstüberhebung. In dem sich dieselben mit der Wahrnehmung der Außenwelt vermengen, kommt es zu phantastischen Situations- und Personenverkennungen: heute noch kommt der Papst und die hohe Geistlichkeit, die Kranke ist un-

[1]) Näheres über die akinetischen und hyperkinetischen Erscheinungen s. meine Untersuchungen über psychomotorische Bewegungsstörungen. Klinkhardt 1908 und 1909.

schuldig wie ein neugeborenes Kind und kommt gleich in den Himmel, der Erzbischof ist da, sie verkennt den Arzt als diesen. Sinnestäuschungen konnten im Falle der Frau M. nicht sicher festgestellt werden.

Zustandsbilder dieser Art sind als Amentia, Verwirrtheit, halluzinatorisches Irresein, verworrene Manie, hyperkinetische Motilitätspsychose beschrieben worden. Das kennzeichnende Symptom ist offenbar die psychomotorische Hyperkinese, weshalb ich die Bezeichnung hyperkinetische Erregung gewählt habe. Daß dies Bild sich der Manie und damit auch dem normalen Geisteszustande nähert, ergibt sich aus der Beschreibung.

Die paranoide Psychose der Frau E. (Fall 4) ist das letzte der von mir nach Operationen beobachteten Symptomenbilder. Die Kranke war ängstlich und vor allem mißtrauisch, hatte massenhafte Beeinträchtigungsvorstellungen, glaubte sich vergiftet, die Schwestern seien nicht mehr gut zu ihr. Sie verhielt sich dabei ruhig, beobachtete ihre Umgebung mit Argwohn, die Aufmerksamkeit war gut, nur nachts machte sich anfangs eine leichte, an die deliranten und ängstlich-ratlosen Zustände erinnernde Unruhe bemerkbar. Die Kranke sprach auch anfangs viel, ihre Ausdrucksbewegungen waren sehr lebhaft. Über Umgebung und Personen war die Kranke orientiert, zeitlich (Jahreszahl) jedoch anfangs nicht. Später war bei Fortdauer des paranoiden Verhaltens die Orientierung völlig wiederhergestellt. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich die Merkfähigkeit aber dauernd leicht herabgesetzt. Von einem eigentlichen paranoischen Krankheitsbilde unterschied sich der Zustand auch dadurch, daß die Beziehungsideen nicht zu einem zusammenhängenden Verfolgungswahn verarbeitet wurden. Immerhin war die mißtrauische Auffassung und Verarbeitung von Vorgängen der Umgebung einheitlicher als bei den ängstlich-ratlosen Erregungen. Trotz der Zugehörigkeit zu den heteronomen Symptomenbildern nähert sich doch auch dieser Zustand merklich den dem normalen Geistesleben verwandten Syndromen.

Die Zustandsbilder waren also je zweimal Benommenheit (mit krampfartigen Bewegungen), Delir, ängstlich-ratlose Erregung und Stupor; je einmal eine hyperkinetische Erregung und ein paranoides Krankheitsbild.

Gemeinsam ist allen diesen Symptomenkomplexen die Erschwerung der örtlichen und zeitlichen Orientierung, die Herabsetzung der Merkfähigkeit, die Schwäche der Erinnerung für die jüngste Vergangenheit, insbesondere für die Zeit der Psychose. Hier kommt es zu mehr oder weniger umfangreichen Amnesien, die sich zum Teil retrograd über den Beginn der Psychose zurück bis auf die Operation erstrecken. Die Denkfähigkeit ist herabgesetzt. Diese Grundsymptome können allerdings in sehr verschiedenem Grade entwickelt sein. Sie lassen bei stärkster Ausprägung Benommenheit und Bewußtlosigkeit entstehen. In anderen Fällen werden sie nur bei sorgsamer Prüfung in geringem Grade gefunden. Indem zu den Grundsymptomen stuporöse Bewegungshemmung oder psychomotorische Erregung bald als delirante, bald als ängstlich-ratlose, bald als pseudospontane Bewegungsunruhe hinzutritt, indem affektive Störungen der Angst, der Ratlosigkeit, des Mißtrauens, der heiteren Verstimmung, der Apathie sich hinzugesellen, entfaltet sich die Mannigfaltigkeit verschiedener Symptomenkomplexe, die vorhin geschildert wurden. Allen diesen Symptomenkomplexen aber eignet

das Merkmal der Heteronomie, wenn man sie mit dem normalen Geistesleben vergleicht und sie den homonomen Symptomenbildern des manischen, des melancholischen, des mißtrauisch-paranoischen Zustandes und der reizbaren Verstimmung gegenüberstellt.

Diese Übereinstimmungen und Verschiedenheiten treten in den bisher erschienenen Arbeiten über postoperative Geistesstörungen nicht mit Deutlichkeit hervor, obwohl die einzelnen Beobachtungen erkennen lassen, daß die von früheren Forschern gesehenen Krankheitszustände dieselben Bilder dargeboten haben wie meine Fälle. Das kommt zum Teil wohl daher, daß die betreffenden Arbeiten fast ausschließlich von Nichtpsychiatern verfaßt worden sind. Einen Teil der Schuld tragen die Irrenärzte selbst, die sich vielfach derselben Krankheitsbezeichnung ohne Übereinstimmung untereinander bedienten und statt scharf umrissener Symptomenkomplexe weitere, ungeklärte Zustandsbezeichnungen bevorzugten. Keine der mir zugänglichen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen entsprach dem Bilde der Manie, obwohl diese Krankheitsbezeichnung wiederholt angewandt wurde, so von Fürstner[1]) bei einer 6 Tage nach Entfernung eines myomatösen Uterus entstandenen Psychose. In Wirklichkeit handelte es sich um eine hyperkinetische Erregung. Auch die von anderen Beobachtern gesehenen depressiven Zustandsbilder zeigten fast nie das Bild der reinen Melancholie, sondern waren ängstlich-ratlose Erregungen oder ängstlich gefärbte Delirien (vgl. z. B. die Fälle 1 und 7 von Selberg) [8]). Ein rein melancholisches Bild scheint nur in ganz seltenen Fällen vorgelegen zu haben, die 4 Wochen und später nach der Operation erkrankten (z. B. Fall 6 von E. Schultze [7]). Es ist sehr zweifelhaft, ob diese Späterkrankungen noch etwas mit den Operationen zu tun haben. Andererseits ist es aber nicht richtig, wenn Pilcz(1) aus seiner umfangreichen Zusammenstellung folgert, es kämen als im engeren Sinne postoperative Störungen — und abgesehen von den oben besprochenen Melancholien — nur die Bilder der Amentia, des Delirium acutum und des Korsakow vor. Dieser Meinung liegt wohl ein viel weiterer Begriff der Amentia zugrunde, als ich ihn angewendet habe und für richtig halte. Als Amentia (oder halluzinatorisches Irresein) werden eben, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, nicht nur hyperkinetische Erregungen, sondern auch Delirien (Selberg [8], Urbach [10]) und ängstliche Erregungen (Selberg) bezeichnet. Die eigenen Beobachtungen und die Berichte der Literatur zeigen endlich, daß nicht alle heteronomen Zustandsbilder, die es überhaupt gibt, im Verlaufe postoperativer Psychosen bisher gesehen worden sind. Halluzinosen fehlen und Defektzustände als Ausgänge postoperativer Psychosen werden nur ganz vereinzelt erwähnt (vgl. S. 17).

In mehreren meiner Fälle lagen auch körperliche nervöse Symptome vor. Bei Fall 4 Pupillendifferenz (R > L), bei erhaltener Pupillenreaktion, Fußklonus (L > R), Parästhesien in der linken Hand. In Fall 2 fand sich Fußklonus, linksseitiger Babinski und starke Steigerung aller Sehnenreflexe. Hier bestanden auch die meningitisartigen Symptome (Muskelspannungen, flüchtige Muskelzuckungen). Fall 6 hatte Andeutung von Fußklonus, rechts fehlenden, links herabgesetzten Patellarreflex. Kurz vor dem Tode wurden bei dem Kranken Bartholomäus H. (Fall 7) erschwerte

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1880, Nr. 34.

Wortfindung und Paraphasien beobachtet, in Fall 8 Perseverationen. Diesen organischen Symptomen dürften herdförmige Veränderungen zugrunde liegen von der Art der bei schweren Anämien beobachteten. In Fall 10 war die linke Pupille enger als die rechte, gleichzeitig die rechte Lidspalte enger als die linke. Hier handelte es sich möglicherweise um angeborene Veränderungen im Sympathikusgebiet. Die Kranke hatte eine leicht vergrößerte Schilddrüse. In den Fällen 1 und 4 bestand starkes Zittern.

III. Verlauf.

Der Ausbruch der Geistesstörung erfolgt in allen Fällen akut. Nur selten bricht die Psychose unmittelbar nach der Operation aus: postoperative Frühpsychosen. Es sind unter meinem Material die Fälle 8 und 9. Die Mehrzahl der Erkrankungen tritt erst einige Tage nach der Operation auf: am 2. Tage bei Fall 6, am 3. Tage bei Fall 3, am 4. bei den Fällen 1, 2 und 7, am 9. Tage bei Fall 5, am 14. bzw. 15. bei den Fällen 10 und 4. Hier liegt also ein Intervall von 2 bis 15 Tagen zwischen Operation und Beginn der Psychose: postoperative Intervallpsychosen. Die Durchsicht der Literatur zeigt, daß diese Eigentümlichkeiten des Beginnes gesetzmäßig sind und nicht auf Zufälligkeiten meines Materials beruhen. Schon Picqué (4) fand 1898, daß die Geistesstörungen nach Operationen gewöhnlich in den ersten Tagen nach der Operation, meist vom 1. bis 5. Tag, zuweilen — jedoch selten — erst gegen die 3. Woche zum Ausbruch kommen. Selberg (8) sagt ausdrücklich, daß die von ihm beobachteten postoperativen Psychosen erst einige Tage nach der Operation begannen. Ich habe die mir zugänglichen, von anderen Seiten veröffentlichen Krankengeschichten postoperativer Psychosen zusammengestellt und finde auch in dem Gesamtmaterial eine Bestätigung dessen, was meine Beobachtungen zeigen. Die unmittelbar nach der Operation entstehenden Erkrankungen befinden sich erheblich in der Minderzahl, die meisten Erkrankungen beginnen mehrere Tage nach der Operation. Ein kleinerer Rest bricht erst 3 bis 4 Wochen und noch später nach dem operativen Eingriff aus. Derartige Spätpsychosen habe ich nicht beobachtet. Der späteste Krankheitsbeginn war unter meinen Fällen der 14. bzw. 15. Tag (Fälle 10 und 4).

Die in der Literatur beschriebenen postoperativen Spätpsychosen habe ich nicht weiter berücksichtigt, da ihr Zusammenhang mit den chirurgischen Eingriffen durchaus zweifelhaft ist (s. S. 21).

Nach der Dauer scheiden sich die postoperativen Psychosen ebenfalls in 2 Gruppen: in solche mit kurzem Verlauf ($^1/_2$—14 Tage) und solche von mittellanger Dauer (4—11 Wochen). Der Gruppe mit kurzem Verlauf gehören 6 Fälle an. Vorab die beiden schon nach $^1/_2$ bzw. 2 Tagen gestorbenen Benommenheitsfälle 2 und 6; dann der 4 Tage dauernde Stupor des Falles 3, die 5tägige paranoide Psychose von Fall 4, die 11tägige ängstlich-ratlose Erregung von Fall 7 und das 14 Tage anhaltende Delir des Kranken B. (Fall 8). Die beiden letztgenannten Fälle sind ebenfalls gestorben. Die Gruppe von mittellanger Dauer wird durch folgende 4 Kranke gebildet: Fälle 5 (Delir) und 9 (Stupor) mit je ungefähr 4 Wochen Dauer, Fall 8 (Delir) mit etwa 8wöchiger und Fall 10 (hyperkinetische Erregung) mit ungefähr 11wöchiger Dauer. Diese Fälle sind sämtlich in Heilung ausgegangen.

Doch ist der Kranke B. (Fall 5) einige Monate später, als das Karzinom rückfällig wurde, von neuem in gleicher Weise erkrankt und dann gestorben.

Der Ausgang war 6mal Heilung (Fälle 1, 3, 4, 5, 9 und 10) und 4mal Tod (Fälle 2, 6, 7 und 8). Die Verstorbenen gehören sämtlich zu den kurzdauernden und unmittelbar oder wenige Tage nach der Operation beginnenden Erkrankungen. Unter den 6 Geheilten finden sich sowohl früh wie später einsetzende, kurze und länger dauernde Psychosen.

Chronische Verläufe und Ausgänge in bleibende geistige Schwächezustände kamen unter meinen Beobachtungen nicht vor. Derartige Fälle sind auch sonst nur selten gesehen worden. So beschrieben Picqué und Briand (5) eine unheilbar gebliebene paranoide Psychose mit Gedächtnisschwäche und stuporösen Phasen (Fall 3 der Arbeit), E. Schultze (7) eine chronische ängstlich-hypochondrische Psychose, nach deren Ablauf eine gewisse Ängstlichkeit zurückblieb (Fall 7 der Arbeit). Dieser Beobachtung ähnlich ist Selbergs (8) Fall 2. Bei der Kranken von E. Schultze hatte eine besonders schwere und anhaltende Entkräftung vorgelegen — offenbar die Ursache der langen Dauer der Psychose. Selbergs Fall 2 ist durch eine operative Verletzung des Gehirns kompliziert; es bestand einige Zeit nach der Operation eine Wortamnesie (Operation des linken Ganglion Gasseri).

Gesetzmäßige Beziehungen zwischen der Art der Zustandsbilder und dem Beginn, der Dauer und dem Ausgang der Psychosen gelten nicht. Es ist nur hervorzuheben, daß die dem normalen Seelenleben am fernsten stehenden beiden Benommenheitszustände (Fälle 2 und 6) die kürzeste Dauer von $^1/_2$ bezw. 2 Tagen aufwiesen und mit Tod endeten, während die hyperkinetische Erregung des Falles 10 — die sich dem homonomen Bilde der Manie nähert — zu den spätest beginnenden Fällen gehört (14. Tag) und von allen Erkrankungen die längste Dauer hatte (ungefähr 11 Wochen).

IV. Ursachen.

Von den hier beschriebenen 10 postoperativen Psychosen folgten 3 auf Gastroenterostomien bei Magengeschwür, 3 auf Operationen von Rektumkarzinomen, 2 auf gynäkologische Operationen (Totalexstirpation wegen Uterusmyomen, Entfernung eines Ovarialkystoms), 1 auf eine Laparotomie wegen eitriger Peritonitis (Appendizitis?), 1 auf eine Prostatektomie.

Daß Geistesstörungen verhältnismäßig häufig nach Operationen von Rektumkarzinomen auftreten, ist an der Erlanger chirurgischen Klinik schon in früheren Jahren beobachtet worden, wie ich von den Herren Proff. Graser und Kreuter erfuhr. Dieselbe Beobachtung hat Herr Prof. Stieda-Halle gemacht (mündliche Mitteilung).

Ebenso häufig sind nach meinem Material die Psychosen nach Gastroenterostomien. Das stimmt in gewissem Sinne mit den Angaben von Pilcz überein, nach dessen Zusammenstellung Operationen am Intestinaltrakt einen erheblichen Anteil an den postoperativen Psychosen hatten.

Eingriffe an den weiblichen Genitalien, die unter meinen Fällen an nächster Stelle kommen, sind schon wiederholt als häufige Ursache postoperativer Geistesstörungen genannt worden. Wenn sie von manchen Forschern (Pilcz, Krafft-Ebing) sogar an die erste Stelle gesetzt wurden, so erklärt

sich das daraus, daß die nach Kastration manchmal auftretenden ängstlichen Verstimmungen (sog. Ausfallserscheinungen) mitgerechnet wurden. In diesen Fällen ist aber offenbar nicht die Operation als solche Ursache der Psychose, sondern die durch die Operation bewirkte Entfernung eines für die Gehirnfunktionen wichtigen innersekretorischen Organes, der Ovarien. Die Fälle gehören daher nicht zu den eigentlichen postoperativen Psychosen.

In der Zusammenstellung von Pilcz stehen Augenoperationen an zweiter Stelle unter den Ursachen postoperativer Psychosen. Da diese Eingriffe aber sehr geringfügig sind und die Grundkrankheit (meist Altersstaar) keinen schwächenden Einfluß auf den Körper ausübt, erscheint es zweifelhaft, ob die Psychosen nach Augenoperationen mit den Eingriffen selbst etwas zu tun haben. So hat man denn auch das Alter der Kranken und den Abschluß des Lichtes (Verband, Aufenthalt im Dunkelzimmer) verantwortlich gemacht. Mangels eigener Beobachtungen enthalte ich mich eines näheren Eingehens auf diese Frage.

Berücksichtigt man nur die zweifelfreien und eigentlichen postoperativen Psychosen, so ergibt sich, daß es fast ausschließlich größere Operationen sind — Operationen mit Eröffnung der Bauchhöhle, Rektumoperationen —, in deren Gefolge Geistestörungen auftreten. Es muß aber hervorgehoben werden, daß die Eingriffe in meinen Fällen — ebenso in vielen Beobachtungen der Literatur — ohne abnorme Blutungen und ohne sonstige Zwischenfälle verlaufen sind.

Im ganzen sind postoperative Psychosen verglichen mit der Zahl der in den betreffenden Kliniken ausgeführten Operationen auch nach den Erlanger Beobachtungen seltene Ereignisse. Zur Zahl der innerhalb derselben $4^1/_2$ Jahre ausgeführten Operationen verhalten sich die Zahlen der postoperativen Geistesstörungen wie folgt: Gastroenterostomien wegen Magengeschwürs 3 : 84, Laparotomien wegen eitriger Bauchfellentzündung 1 : 38, Operationen von Rektumkarzinomen 3 : 130, Prostatektomien 1 : 35, Laparotomien zur Entfernung von Ovarialkystomen 1 : 160, abdominale Totalextirpationen wegen Uterus myomatosus 1 : 142. Zusammen kamen 10 Geistesstörungen auf 589 entsprechende Operationen, d. h. 1 : 59.

Die Seltenheit postoperativer Psychosen hat von jeher dazu geführt, nach Nebenursachen zu suchen. In erster Linie wurde an eine psychopathische Veranlagung gedacht. Im Gespräch mit Chirurgen ist mir wiederholt die Meinung entgegengetreten, daß die abnorme seelische Veranlagung die Hauptsache sei und die Operation nur den Anstoß zum Ausbruch einer Geistesstörung gebe. Auch der seelischen Wirkung der Angst vor der Operation wird in diesem Zusammenhange großer Wert beigelegt. In 2 meiner Fälle konnte ich über den früheren Geisteszustand nichts erfahren. Von den übrigen 8 Kranken sind 2 psychopathisch veranlagt und 1 geisteskrank gewesen. Pat. 3 war sehr nervös und litt viel an Kopfschmerzen, Pat. 10 war furchtsam, bigott und „geistig nicht ganz auf der Höhe". Die Kranken 1 und 2 dagegen, die nur als etwas reizbar, weich und besorgt geschildert wurden, möchte ich nicht als psychopathisch bezeichnen. Fall 7 war schon vor der Operation seit ungefähr 4 Jahren geisteskrank. Aus den Angaben der Angehörigen kann nicht mit Sicherheit erschlossen werden, um welche Krankheit es sich bei dieser chronischen, wahnbildenden Psychose gehandelt hat (Involutionsparanoia, paranoide Defekt-

psychose, arteriosklerotische Erkrankung?). Jedenfalls unterschied sich die postoperative ängstlich-ratlose Erregung des Kranken erheblich von der schon vor der Operation bestehenden Psychose. Sie ist dieser gegenüber etwas Neues und kann nicht schlechthin als eine Steigerung der schon vorhandenen Geisteskrankheit aufgefaßt werden. Kein Kranker hatte im früheren Leben einmal eine Geisteskrankheit überstanden. In keinem der 8 Fälle lag eine erbliche Belastung vor.

Wenn die Operation nur eine in dem Kranken vorhandene Krankheitsanlage zur Entfaltung brächte, so müßten die Krankheitsbilder der endogenen Defektpsychosen oder der manisch-melancholischen Krankheitsgruppe oder der Involutionsparanoia auftreten. Angesichts der hier beschriebenen Psychosen scheiden aber die Dementia praecox und die ihr verwandten Verblödungen völlig aus. Beziehungen zur manisch-melancholischen Krankheitsgruppe und zur Paranoia zeigen unter den 10 Fällen nur Fall 10 (hyperkinetische Erregung mit manischen Zügen) und Fall 4 (paranoides Zustandsbild). Wir werden jedoch später sehen, daß aus dem Symptomenbilde überhaupt kein zwingender Schluß auf die Krankheitsursachen gezogen werden kann. Die von mir beobachteten postoperativen Psychosen sind aber auch keine psychogenen Reaktionen. Hysterische Veranlagung fand sich nur in einem Falle (3). Bei keinem der Kranken war besondere Angst oder Aufregung vor der Operation bemerkt worden. Wenn es sich um psychogene Reaktionen auf die Operation gehandelt hätte, so hätten die Psychosen unmittelbar nach der Operation ausbrechen müssen. Wir sahen das Gegenteil in 8 unter 10 Fällen. Körperliche hysterische Symptome wurden nie während der Psychose gefunden. Ebensowenig waren die einzelnen psychotischen Symptome in der für psychogene Zustände bezeichnenden Weise von affektvollen Vorstellungskomplexen abhängig. Damit soll natürlich nicht behauptet werden, daß niemals psychogene Störungen nach Operationen vorkämen. Einen sehr lehrreichen derartigen Fall hat Pilcz beschrieben.

Gegen konstitutionelle oder psychogene Entstehung sprechen endlich die organischen nervösen Symptome (spinale Symptome, Pupillenstörungen, zerebrale Herdsymptome), die in mehreren Fällen, so auch bei den Kranken 4 und 10, nachweisbar waren.

Eine besondere Stellung nimmt der Kranke O. (Fall 8) ein. Es wäre möglich, daß die Operation bei dem 77jährigen Manne ein seniles Delir ausgelöst hätte. Das Symptomenbild spricht weder für noch gegen diese Deutung. O. hatte im Jahre vor der Operation mehrere Schwindelanfälle. Doch sind eigentliche Zeichen von Greisenschwachsinn früher nicht beobachtet worden. Ein engerer Zusammenhang der Geistesstörung mit der Operation kann daher zum mindesten nicht ausgeschlossen werden.

Über die Beziehungen zwischen dem vor der Operation bestehenden Geisteszustand und der Psychose läßt sich daher aussagen: Nur in der Hälfte der Fälle, über deren frühere seelische Eigenart ich Bescheid weiß, lag eine abnorme Gehirnbeschaffenheit vor (2mal psychopathische Anlage, 1mal Geisteskrankheit, 1mal senile Gehirnveränderungen).

Man hat noch mannigfache andere Einwirkungen zur Erklärung postoperativer Psychosen herangezogen. Sie mögen für den oder jenen Kranken ausschlaggebend gewesen sein, lassen diesen Fall dann aber aus der Reihe der eigentlichen postoperativen Psychosen ausscheiden; so z. B. die Fälle von

Jodoformvergiftung nach sehr ausgiebiger Tamponade mit Jodoformgaze besonders bei jodüberempfindlichen Personen (Struma!). Pilcz glaubt, daß die nach Bauchoperationen durch Opiate herbeigeführte Stuhlverhaltung zu einer Autointoxikation vom Darme aus führen könne, und will einige von Wagner beobachtete Fälle postoperativer Geistesstörung auf diese Weise erklären. Die Psychosen seien auf Kalomel rasch zur Heilung gelangt. Nun laufen die postoperativen Psychosen aber auch spontan häufig in wenigen Tagen ab. Ob das Kalomel in Wagners Fällen die Ursache der Heilung und die Obstipation die Ursache der Krankheit war, ist daher auf diesem Wege nicht zu beweisen. Ich kann dem auch den Fall 5 entgegenhalten, dessen Geistesstörung gerade dann zum Ausbruch kam, als das Opium ausgesetzt wurde und die Stuhlverhaltung schwand. Ich dachte eine Weile, daß die plötzliche Entziehung der hohen Opiumgaben ein „Opiumabstinenzdelir" ausgelöst haben könnte. Bei dem späteren Fall 7 brach die Psychose aber noch während der Opiumdarreichung aus, so daß ich diese auch sonst unwahrscheinliche Annahme bald fallen ließ. Nur bei einem Kranken (Fall 2) fand sich am Tage nach der Operation eine geringe Albuminurie. Das genügt nicht, um die Psychose etwa als eine urämische Geistesstörung aufzufassen.

Innersekretorische Störungen könnten bei den Fällen 10 (Totalextirpation) und 8 (Prostatektomie) in Frage kommen. Aber die hyperkinetische Verwirrtheit der Frau M. hat nichts mit den Ausfallserscheinungen nach Kastration gemein. Psychische Veränderungen nach Entfernung oder bei Erkrankung der Prostata hat Guisy (3) beschrieben. Er sah neurasthenische Zustände, Depressionen und Charakterveränderungen im Sinne von Zornmütigkeit und Zanksucht. Ähnliche Beobachtungen werden von Voelker, Rumpel u. a. (Literatur s. Guisy) mitgeteilt. Das Delir, das in meinem Falle 8 nach einer Prostatektomie auftrat, war von diesen Krankheitsbildern sehr verschieden.

Bei vielen in der Literatur beschriebenen sogenannten postoperativen Psychosen spielten infektiöse Vorgänge eine erhebliche Rolle. Unter den Fällen von E. Schultze sind z. B. nur zwei, bei denen keine Infektion vorlag. Picqué hat in einer vor wenigen Jahren erschienenen Arbeit (6) sogar behauptet, daß es keine postoperative Psychose ohne Infektion gebe. Das ist nicht richtig. Vielmehr müssen alle diejenigen nach Operationen ausbrechenden Geistesstörungen, die mit dauerndem Fieber, Entzündungen, Sepsis oder Eiterungen einhergehen, als Infektionspsychosen von den eigentlichen postoperativen Psychosen ausgeschieden werden. Daß es nicht-infektiöse Geistesstörungen nach chirurgischen Eingriffen gibt, lehren meine Fälle im Verein mit manchen Beobachtungen der Literatur. Fünf meiner Kranken (Fälle 2, 5, 7, 8, 10) waren gänzlich fieberfrei, zwei Patienten (Fälle 1 und 9) fieberten vor der Operation, zeigten aber nach dem Eingriff normale Temperaturen. Die Infektion hat hier wohl einen Teil an der Schwächung des Organismus vor der Operation, kann aber nicht Ursache der im fieberfreien Zustande aufgetretenen Geistesstörung sein. Es bleiben nur die drei Fälle 3, 4 und 6 mit Temperatursteigerungen nach der Operation. Davon hatte Pat. L. (Fall 3) nur leichtes Fieber vom 1.—10. Tage nach der Gastroenterostomie, das nur einmal, am 5. Tage, über 38° ging (38²). Frau E. (Fall 4), eitrige Peritonitis, kam mit hohem Fieber in die Klinik und fieberte nach der Operation nur noch vereinzelt bis zum 11. Tage. Die Psychose brach

im fieberfreien Zustande am 15. Tage nach der Laparotomie aus. Während der Dauer der Geistesstörung erfolgte noch eine einzige Steigerung auf 38^6 am 17. Tage. In diesen Fällen können das Fieber bzw. die infektiösen Vorgänge nur eine nebensächliche Rolle gespielt haben. Der Kranke R. (Fall 6) endlich, der 2 Tage nach Operation eines Mastdarmkrebses starb und in diesen Tagen 38^8 bzw. 38^1 gemessen hatte, war außerdem derartig abgemagert und anämisch, daß zum mindesten das Fieber nicht die einzige und ausschlaggebende Ursache gewesen sein kann.

Die einzige wirklich in Betracht kommende Mitursache ist offenbar die durch das Grundleiden schon vor der Operation herbeigeführte Erschöpfung. Alle Kranken waren mit einer Ausnahme schon vor der Operation infolge ihrer körperlichen Leiden stark entkräftet, abgemagert, anämisch. Nur bei einem Falle (5) ist der gute Ernährungszustand aufgefallen. Doch handelte es sich da um ein Karzinom, von dem sicher schädigende Wirkungen ausgingen, wenn auch der Ernährungszustand noch nicht merklich beeinträchtigt war. Es liegt nun der Gedanke nahe, daß die schwächende Einwirkung der Operation — Blutverlust, geringere Nahrungsaufnahme, Schok — den Kranken, die sich schon am Rande der Erschöpfung befanden, gewissermaßen „den Rest" gegeben habe. Dann müßten die Psychosen aber unmittelbar nach den Eingriffen ausgebrochen sein. Diese Vorstellung ist daher nur für die beiden Frühpsychosen möglich, während für die viel zahlreicheren Intervallpsychosen eine andere Erklärung gesucht werden muß. Dort liegt die Sache offenbar so, daß die Widerstandsfähigkeit des Gehirns unmittelbar nach der Operation noch nicht gebrochen ist. Aber die schon vor dem Eingriff tätigen erschöpfenden Ursachen wirken nach der Operation fort, nunmehr verstärkt durch die mit dem Eingriff selbst verbundene Schädigung. Der Summe dieser Einwirkungen erliegt dann das Gehirn nach einem Intervall von 2 bis 14 Tagen.

Je später nach der Operation die Psychose zum Ausbruch kommt, um so geringer ist ihr ursächlicher Einfluß zu bewerten. Psychosen, die 3 Wochen und noch später nach der Operation auftreten, dürften ausschließlich der erschöpfenden Grundkrankheit zur Last zu legen sein. Ich selbst habe solche Spätpsychosen auch nie gesehen. Ein treffliches Beispiel für das gegenseitige Verhältnis der beiden erschöpfenden Einwirkungen — Grundkrankheit und Operation — bietet Fall 5. Hier bedurfte es in einem früheren Stadium der Erkrankung (Rektumkarzinom) des Zusammenwirkens von Grundkrankheit und Operation, um (nach einem 9tägigen Intervall) eine Psychose zum Ausbruch zu bringen, während 5 Monate später, kurz vor dem Tode die durch das Krebsleiden bedingte vorgeschrittene Erschöpfung allein imstande war, denselben psychotischen Symptomenkomplex nochmals hervoruzrufen.

Wenn ich bisher von Erschöpfung wie von einer einfachen Größe gesprochen habe, so bin ich mir doch vollkommen bewußt, daß Erschöpfung keineswegs ein einheitlicher Begriff ist. Die Erschöpfung hat nicht nur eine negative Seite (Entziehung von Stoffen, die zum Aufbau und zur Funktion der Zellen notwendig sind), sondern auch eine positive, indem bei der Erschöpfung infolge von Stoffwechselstörungen giftige Substanzen frei werden können[1]). Die besonders wichtigen Eiweißabbauprodukte sind ihrerseits von sehr ver-

[1]) W. Weichardt, Über Ermüdungsstoffe. 1910.

schiedener Art und wechselnder Wirkung. Dazu kommen in manchen Fällen (5, 7, 9, 10) noch Stoffe von vielleicht giftiger Wirkung, die aus Tumoren (Karzinomen, Myomen, Ovarialkystomen) aufgesaugt werden, in anderen Fällen Abbauprodukte aus Magengeschwüren (1—3), sowie vereinzelt auch Stoffe, die bei Infektion, Fieber und Eiterung (Fälle 3, 4 und 6) in den Kreislauf gelangen. Urbach (10) hat nach Operationen an der Gallenblase Psychosen auftreten sehen, die in diesem Zusammenhange von Interesse sind. Urbach glaubt, daß die Psychosen infolge des Wegfalls der nach außen abfließenden Galle zustande kamen. Diese Annahme kommt mir nicht sehr wahrscheinlich vor. Es wäre aber möglich, daß durch die Operationen an der Gallenblase die Leber vorübergehend in ihrer Funktion gestört wurde und daß auf diese Weise toxische Stoffe ins Blut gelangten. Ist doch bekannt, daß die Leber an der Entgiftung intermediärer Stoffwechselprodukte wesentlich beteiligt ist. Die Einwirkung toxischer Stoffe dürfte bei der Entstehung postoperativer Psychosen eine größere Rolle spielen als die negative Seite der Erschöpfung, die Entziehung von Nährstoffen. Schon das für die meisten Fälle geltende Intervall zwischen Operation und Psychose drängt zur Annahme einer Vergiftung. Wenn die Psychose am 4., 6. ja am 15. Tage erst zum Ausbruch kommt, so geschieht das zu einer Zeit, in der ein Operationsschok überwunden ist, der Ernährungszustand sich zu heben beginnt oder jedenfalls nicht weiter sinkt. In allen Fällen wurde nach der Operation genügend Nahrung aufgenommen, es traten keine Nachblutungen auf, Fieber war nur vereinzelt. Im Fall 5 war ein herabgesetzter Kräftezustand überhaupt nicht nachweisbar. Dazu treten bestimmtere Anzeichen von Giftwirkung: Schweißausbruch, Durchfälle und Zittern, die in Fall 1 den Beginn und einen späteren erneuten Anstieg der psychischen Krankheitserscheinungen begleiteten; überhaupt der akute Beginn aller postoperativen Psychosen und das häufige Auftreten von Symptomen, die wahrscheinlich als Reizerscheinungen zu werten sind: Unruhe, krampfartige Bewegungen, Sinnestäuschungen, starke Angst.

Es gibt ferner zu denken, daß die Psychosen akut und häufig unter heftigen Reizerscheinungen ausbrechen, obwohl die anzunehmende Giftwirkung eine chronische ist und schon lange Zeit andauert (chronische Stoffwechselstörung bei Entkräftung infolge von Magengeschwür, Tumoren, wiederholten Blutungen). Ein diesen akuten stürmischen Beginn erklärendes neu hinzutretendes Ereignis könnte nur bei den beiden Frühpsychosen in der Operation selbst gefunden werden, fehlt aber durchaus bei den viel häufigeren Intervallpsychosen. Diese auffälligen Tatsachen beruhen nun möglicherweise auf Überempfindlichkeitserscheinungen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß der Körper der Kranken durch die lange dauernde Aufnahme von Eiweißspaltprodukten ins Blut sensibilisiert wird. Die weitere Zufuhr eiweißartiger Substanzen kann dann eines Tages Überempfindlichkeitsreaktionen auslösen, deren klinischer Ausdruck die akuten, oft mit Reizerscheinungen einhergehenden Psychosen wären. Die Operation könnte in diese Geschehnisse auf verschiedene Weise eingreifen. Durch die Operation werden Gewebe zerstört, Blutungen und Gerinnungen verursacht. Nachgewiesenermaßen gelangen nach solchen Vorgängen Eiweißsubstanzen ins Blut (Abderhalden, Petri und Heilner). Wenn nun die Operation in einem Zeitpunkte erfolgt, in dem die Sensibilisierung des Körpers eben erreicht ist, so kann die Operation den Ausbruch der Überempfindlichkeits-

Northwestern University
Medical School Library

reaktionen selbst hervorrufen. Das wären dann die postoperativen Frühpsychosen. Ist aber bis zur Operation der Körper noch nicht sensibilisiert, so trägt die Operation nur zur Sensibilisierung bei und beschleunigt deren Eintritt. Der Ausbruch der Überempfindlichkeitsreaktion erfolgt dann bei fortdauernder Resorption von eiweißartigen Stoffen einige Zeit später. So könnte man die postoperativen Intervallpsychosen deuten. Vielleicht greift die Operation auch dadurch in den Gang der Dinge ein, daß sie die Fähigkeit des Organismus zur Bildung von Immunkörpern gegen giftige Eiweißspaltprodukte für einige Zeit herabsetzt.

Zur Erklärung der verschiedenen Symptomenbilder postoperativer Psychose könnte man sich darauf berufen, daß es auch verschiedene klinische Formen von Überempfindlichkeitsreaktionen gibt. So werden von Dörr[1]) Toxinüberempfindlichkeit und Überempfindlichkeit gegen unspezifisches Eiweiß (Anaphylaxie in engerem Sinne) unterschieden. Schittenhelm und Weichardt[2]) unterscheiden allgemeine und mannigfache lokale Anaphylaxien. Die Zustände von Benommenheit mit krampfartigen Erscheinungen, die dämmrigen Delirien erinnern unverkennbar an die Schilderung des allgemeinen anaphylaktischen Schoks. Mit diesen schwersten Formen postoperativer Psychosen haben aber auch die anderen Zustandsbilder gewisse Züge gemeinsam (Desorientierung, Merkstörung u. a.). Vielleicht sind sie daher nur leichtere Ausprägungen derselben Hirnstörung. Für viel wahrscheinlicher halte ich es allerdings, daß die verschiedenen Symptomenbilder durch jeweils verschiedene toxische Substanzen verursacht werden. Man hätte sich vorzustellen, daß die verschiedenen Toxine eine Affinität zu bestimmten, jeweils verschiedenen Gehirnapparaten besäßen. Die eigenartig gefärbten Bilder der ängstlich-ratlosen Erregung, des paranoiden Zustandes, des Stupors und der hyperkinetischen Erregung wären dann als spezifische Toxinüberempfindlichkeiten (lokale Anaphylaxien) aufzufassen.

Es wäre sicher von großem Wert, die Pathogenese postoperativer und anderer sogenannter Erschöpfungspsychosen experimentell weiter zu verfolgen (Untersuchungen auf Eiweißspaltprodukte nach den Methoden von Abderhalden, Weichardt, Rosental; Versuche auf Übertragbarkeit der Anaphylaxie vom Kranken auf Tiere).

Für das ärztliche Handeln ergibt sich aus dem Gesagten, daß man bestrebt sein muß, die erschöpfenden Wirkungen unumgänglich notwendiger Operationen bei schon sehr entkräfteten Menschen auf das Mindeste zu beschränken. Die lokale und lumbale Betäubung sollte, wenn irgend möglich, statt der Allgemeinnarkose angewandt werden. Für möglichst frühzeitige Nahrungszufuhr nach der Operation ist zu sorgen und von subkutanen Kochsalzinfusionen und — soweit angängig — von Nähreinläufen ausgiebiger Gebrauch zu machen.

V. Beziehungen zwischen Zustandsbildern und Krankheitsursachen.

Wir haben die psychotischen Zustandsbilder nach ihrer Verwandtschaft oder Fremdartigkeit gegenüber dem normalen Geistesleben in die beiden Gruppen

[1]) Dörr, Allergie und Anaphylaxie in Kolle-Wassermanns Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, 1912.

[2]) Schittenhelm, Über Anaphylaxie. Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung, 1910.

der homonomen und heteronomen Symptomenkomplexe geteilt. Der manische, der melancholische Zustand, die reizbare und die mißtrauisch-paranoische Verstimmung bilden die Gruppe der homonomen Zustandsformen, die anderen Syndrome — Benommenheit, Dämmerzustand, Delir, Stupor, hyperkinetische Erregung, ängstlich-ratlose Erregung, Halluzinose, paranoide Formen, Defektzustände — sind heteronome Symptomenkomplexe.

Die postoperativen Zustandsbilder gehörten der heteronomen Gruppe an. Und zwar überwogen die ausgesprochen heteronomen Bilder (Benommenheit, Delir, ängstlich-ratlose Erregung, Stupor) sehr bedeutend (8 Fälle). Nur 2 Fälle näherten sich den homonomen Symptomenkomplexen (hyperkinetische Erregung, paranoider Zustand). Es waren dies zugleich die spätest erkrankenden Fälle 4 und 10.

Die Typen psychischer Störung nach Operationen stimmen im wesentlichen mit denjenigen überein, die bei Infektionskrankheiten, bei schweren Anämien, bei der Krebskachexie, der Urämie und anderen inneren Erkrankungen gesehen wurden und deren genauere Kenntnis wir den Arbeiten von Bonhöffer[1]) verdanken. Bonhöffer beschreibt als Zustandsbilder der symptomatischen Psychosen Delirien, Dämmerzustände, epileptiforme Erregungen, Halluzinosen, Stuporzustände, Amentiaformen. Auch die Mehrzahl der Vergiftungspsychosen[2]) und der Geistesstörungen nach Kopfverletzungen[3]) verläuft unter solchen Bildern.

Bonhöffer faßt diese Symptomenkomplexe nun nicht nach ihrer symptomatischen Übereinstimmung und ihrer Fremdartigkeit gegenüber dem normalen Seelenleben zusammen, sondern nach ihren Beziehungen zu einem gewissen Kreise von Krankheitsursachen. Er bezeichnet sie als Prädilektionstypen der exogenen Gehirnschädigung oder noch bestimmter als exogene Reaktionstypen. Er hält die ausschließlich exogene Entstehung dieser Reaktionstypen für sehr wahrscheinlich[4]). Die Aufstellung solcher Beziehungen zwischen Krankheitsursachen und Zustandsbildern ist von grundsätzlicher Bedeutung und erscheint als Fortschritt gegenüber der von Kräpelin vertretenen Lehre, nach der jeder Krankheitsursache ein besonderes Symptomenbild entsprechen sollte. Das Gehirn antwortet vielmehr — wie Bonhöffer zeigt — auf die sehr verschiedenen Schädigungen der inneren Erkrankungen gleichartig mit derselben beschränkten Zahl von Zustandsbildern. Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen, nach Vergiftungen und — wie wir hier sahen — nach chirurgischen Eingriffen bestätigen diesen Teil der Bonhöfferschen Lehre. Es geht aus Bonhöffers Untersuchungen auch erneut hervor, daß eine und dieselbe Krankheitsursache verschiedene Zustandsbilder hervorrufen kann. Ich hatte schon früher, gegenüber Möbius, den Nachweis geführt, daß eine bestimmte Art symptomatischer Psychosen, die Choreapsychosen[5]), durchaus nicht immer unter demselben Bilde, dem der sog. halluzinatorischen Verwirrtheit verläuft.

[1]) Bonhöffer, Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 20, 1909, S. 499. — Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen usw. Aschaffenburgs Handb. d. Psych. 1912.

[2]) Schröder, Intoxikationspsychosen. Aschaffenburgs Handb. d. Psych. 1912.

[3]) Schröder, Traumatische Psychosen in Bruns Neue deutsche Chir. 1915.

[4]) Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen S. 110.

[5]) Kleist, Psychische Störungen bei der Chorea minor. Allg. Zeitschr. f. Psych. 64. 1907,

In anderer Richtung lassen sich aber Einwendungen gegen Bonhöffers Darstellung erheben. Bonhöffer behauptet für eine ganze Gruppe von Ursachen das, was er für die einzelnen Ursachen bestreitet: die einzelnen Ursachen haben zwar keine spezifischen Wirkungen, aber diejenige Ursachengruppe, die er als exogene bezeichnet, soll einen bestimmten Kreis spezifischer Wirkungen haben, eben unsere heteronomen Bilder, die er daher exogene Reaktionstypen nennt. Dagegen spricht nun zunächst, daß — wie Bonhöffer selbst hervorhebt — vereinzelt auch manische Zustandsbilder bei sog. exogenen Hirnschädigungen vorkommen. So beschreibt Bonhöffer zwei Fälle von manischer Psychose nach Kopfverletzungen. Dann ist G. Specht[1]) vor kurzem dafür eingetreten, daß melancholische Zustände ebenfalls gelegentlich durch Infektionskrankheiten (besonders durch Influenza) und durch Vergiftungen (Leuchtgasvergiftung) verursacht werden. Die leichteren psychischen Störungen bei der Chorea minor sind zumeist reizbare Verstimmungen, manchmal auch hypomanische Zustände [2]). Die Ähnlichkeit der Anfangsstadien des Alkoholrausches mit der Manie ist bekannt. Manche Vergiftungen (Alkohol, Morphium, Cocain) führen zu chronischen Wahnpsychosen, die nicht immer dem normalen Seelenleben fremdartig gegenüberstehen (besonders der Eifersuchtswahn der Trinker). Die progressive Paralyse, die doch auch zu den exogenen, den Infektionspsychosen gehört, zeitigt häufig manische und melancholische Bilder. Die Psychosen bei manchen innersekretoischen Störungen (Basedow, Myxödem, nach Kastration der Frauen) erinnern oft an ängstliche, melancholische und manische Zustände. Auch die Erschöpfung bedingt nicht ausnahmslos die heteronomen Bilder unserer postoperativen Erschöpfungspsychosen. Nach minder schwerer Erschöpfung sehen wir bekanntlich reizbare Verstimmungen; auch flüchtige manieartige Zustände mit leichter Ideenflucht, Unruhe und Schlaflosigkeit — also homonome Symptomenkomplexe. In solchen Fällen ist es keineswegs immer möglich, eine endogene Veranlagung zu manischen oder melancholischen Zuständen nachzuweisen.

Auf der anderen Seite verlaufen sog. endogene Psychosen, die schweren Formen der manisch-melancholischen Krankheitsgruppe, gar nicht selten unter heteronomen Bildern: der hyperkinetischen Erregung, dem Stupor, der ängstlich-ratlosen Erregung; auch tiefe Bewußtseinstrübungen kommen vor. Dies alles, ohne daß man gleichzeitige Erschöpfung, Infektionen oder Vergiftungen jedesmal nachweisen könnte. G. Specht hat das schon mit allem Nachdruck Bonhöffer gegenüber betont. Auch die Berufung auf noch unbekannte innere Vergiftungen würde nichts helfen, da gerade die innersekretorischen Störungen häufig auch homonome Formen zeitigen. Noch mehr als bei der manisch-melancholischen Krankheitsgruppe treten heteronome Bilder bei den endogenen Defektpsychosen, der Dementia praecox, den paranoiden Verblödungen, der senilen Demenz, hervor. Die Epilepsie, von der eine Gruppe höchstwahrscheinlich endogener Entstehung ist, zeitigt fast ausschließlich heteronome Bilder. Psychogene Erkrankungen, die überwiegend auf endogener abnormer Anlage beruhen, fördern bald heteronome Zustände (Delirien, Dämmer-

---

[1]) G. Specht. Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. XIX. H. 1. 1913.

[2]) S. meine oben erwähnte Arbeit.

zustände, Stupor, körperlich-hysterische Symptomenkomplexe), bald homonome Bilder (einfache affektive Verstimmungen).

Somit kann von einer eindeutigen Beziehung zwischen endogener Verursachung und homonomen Zustandsbildern nicht die Rede sein. Aber auch die von Bonhöffer angenommene Zuordnung der heteronomen Symptomenkomplexe zu den exogenen Ursachen wird bei einzelnen exogenen Ursachen (Metalues, innersekretorische Störungen) sehr stark, bei vielen anderen weniger eingeschränkt.

Ein zweiter Einwand richtet sich gegen die übliche Unterscheidung von exogen und endogen, von äußerer und innerer Krankheitsursache. Er wird gerade durch die postoperativen Psychosen nahegelegt. Die Geistesstörungen nach chirurgischen Eingriffen folgen zweifellos auf eine äußere Krankheitsursache, insofern die Operation selbst zu ihrem Ausbruch beiträgt. Aber wir sahen, daß die schon vor der Operation bestehende Erschöpfung und die in der Erschöpfung enthaltene Selbstvergiftung eine unerläßliche Mitursache ist. Erschöpfung und Selbstvergiftung sind zwar nach der üblichen, auch von Bonhöffer befolgten Auffassung ebenfalls äußere, streng genommen aber doch innere Krankheitsursachen. Wenn man die Erschöpfung, die Anämie, die Geschwulstkachexie, die Urämie, ja sogar die innersekretorischen Störungen zu den exogenen Gehirnschädigungen rechnet, so ist das Unterscheidungsmerkmal, das ursprünglich endogen und exogen trennte, außer Kraft gesetzt. Diese Durchbrechung des Unterscheidungsgrundsatzes wird damit begründet, daß es unerheblich sei, ob eine Vergiftung von außen komme oder ob das Gift im Körper selbst entstehe. So richtig das an sich ist, so wenig bedeutet es, wenn man die Krankheitsursachen nach dem Ort ihrer Herkunft und nicht nach anderen Merkmalen (Art oder Wirkung) scheidet. Bei strenger Trennung der äußeren von den inneren Krankheitsursachen gilt die von Bonhöffer aufgestellte Beziehung zwischen den äußeren Krankheitsursachen und den sog. exogenen Reaktionstypen nicht; denn heteronome Bilder (Delirien, Dämmerzustände) kommen auch bei inneren Vergiftungen (Urämie, Krebskachexie) vor.

Die Worte exogen und endogen haben in der jetzt üblichen Anwendung offenbar ihre ursprüngliche Bedeutung verloren. Der Ausdruck exogen bezeichnet nunmehr die Gesamtheit der bekannten Krankheitsursachen, dem Worte endogen entsprechen die unbekannten Ursachen, wobei man hauptsächlich an die krankhaften Anlagen denkt. Unter diesen Umständen wäre es zweckmäßiger, die Ausdrücke exogen und endogen überhaupt fallen zu lassen und die Krankheitsursacheu in Einwirkungen und Anlagen zu scheiden. Einwirkungen wären dann alle aus der Umwelt und aus dem Körper selbst das Gehirn treffenden Ursachen, denen die krankhaften Anlagen des Gehirns gegenüberständen.

Entsprechen nun etwa den Einwirkungen die heteronomen Symptomenkomplexe und sind homonome Bilder nur Äußerungen abnormer Anlagen des Gehirns? Aus dem früher Gesagten geht schon hervor, daß auch diese Zuteilung nicht stimmt. Äußere und innere Vergiftungen rufen manchmal auch homonome Krankheitsbilder hervor (s. besonders Paralyse und die Psychosen beim Morbus Basedowi und nach Kastration). Über die abnormen Anlagen und die durch sie bedingten pathologischen Reaktionsweisen des Gehirns aber wissen wir nichts Sicheres und können daher auch über ihre Be-

ziehungen zu Symptomenkomplexen nichts Bestimmtes aussagen. Es ist ja sehr wahrscheinlich, daß den Krankheiten Manie, Melancholie und Paranoia (im Sinne meiner Involutionsparanoia) abnorme Gehirnanlagen zugrunde liegen. Aber vielleicht sind auch Einwirkungen (innersekretorischer Art) beteiligt [1]). Andererseits entspringen möglicherweise die in ihren Äußerungen so heteronome Katatonie, die paranoiden Defektpsychosen und die senile Demenz ebenfalls abnormen Gehirnanlagen.

Man kann schließlich noch eine dritte Einteilung der Krankheitsbedingungen versuchen. Gewisse Krankheitsursachen sind ihrer Art nach sehr verschieden von denjenigen Einwirkungen, unter denen das Gehirn im normalen Zustande steht und arbeitet. Gehirnverletzungen, Infektionsvorgänge, überhaupt alle bekannten von außerhalb des Körpers kommenden Ursachen gehören hierher und die Mehrzahl der innerhalb des Körpers entstehenden Schädigungen (giftige Stoffwechselprodukte bei Urämie, Cholämie, Hydrops, Anämie, Erschöpfung, Geschwulstkachexie). Es wären das „hirnfremde" Ursachen, wie man in Anlehnung an einen bekannten Ausdruck Abderhaldens sagen könnte. Dagegen gibt es wahrscheinlich auch Krankheitsursachen, die den normalerweise das Gehirn treffenden Einwirkungen ihrer Art nach verwandt sind. In erster Linie ist da an chemische Stoffe zu denken, die den physiologischen im Blute kreisenden und das Gehirn beeinflussenden Substanzen ähneln oder auch mit ihnen identisch sind und nur durch ihre stärkere Konzentration giftig wirken. Es ist ziemlich sicher, daß bei innersekretorischen Störungen derartige — man könnte sagen — „hirnverwandte" Substanzen wirksam sind. Damit soll nicht gesagt sein, daß alle abnormen Stoffe, die bei innersekretorischen Störungen auftreten, den physiologischen Hormonen ähnelten. Die in Anlagefehlern des Gehirns gegebenen Krankheitsursachen dürften den normalen Funktionsbedingungen ebenfalls zum Teil verwandt sein, z. B. feinere Abweichungen im Gehirnbau.

Aber auch auf diesem Wege liegen Hindernisse. Die Vergiftungen, die Infektionskrankheiten, die Metalues, die hier unter den „hirnfremden" Ursachen erscheinen, rufen eben zuweilen auch homonome Symptomenkomplexe hervor. Und die mutmaßlich als „hirnverwandt" gezählten innersekretorischen Ursachen zeitigen nicht nur manische und depressive, sondern auch delirante Basedowpsychosen und das so heteronome Bild des kretinistischen Schwachsinns. Über die Wirkungen der innersekretorischen Störungen und der abnormen Anlagen sind wir endlich noch so wenig unterrichtet, daß auf diesem Gebiete jede ins einzelne gehende Zuordnung von Zustandsbildern zu Krankheitsbedingungen verfrüht ist.

Endlich werden die Beziehungen zwischen Krankheitsbild und Ursache noch durch einen Umstand verwickelt, den G. Specht herausgestellt hat: die verschiedene Stärke oder Menge, in der eine Krankheitsursache wirkt.

Auch die hirnfremden Ursachen bedingen manchmal homonome Zustandsbilder, wenn sie in genügender Verdünnung wirken. Specht führt dazu die oben erwähnten Beispiele aus dem Gebiete der Infektionskrankheiten und

[1]) Vgl. Strauskys Theorie des manisch-depressiven Irreseins (Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie) und meinen Erklärungsversuch der Involutionsparanoia (Allg. Zeitschr. f. Psych. 70. 1913).

der Vergiftungen an. Neben der Influenza, auf die sich Specht vornehmlich bezieht, sei hier nochmals an die Chorea minor erinnert. Die leichteren seelischen Schädigungen bei dieser Krankheit sind reizbare Verstimmungen, vereinzelt auch hypomanische Zustände — also homonome Symptomenbilder. Die schweren Gehirnschädigungen werden durch die heteronomen Zustände der Benommenheit, der Delirien, der Halluzinose, des Stupors, der hyperkinetischen Erregung dargestellt. Weitere Beweise liefert die progressive Paralyse. Die manischen und melancholischen Symptomenbilder finden sich vorwiegend im Beginne dieser Erkrankung, während in vorgeschritteneren Verlaufsabschnitten die heteronomen Bilder (delirante, dämmerige, demente Zustände) vorherrschen. Die leichteren Folgen von Hirnverletzungen sind sehr oft reizbare Verstimmungen (Kommotionsneurose), während die schwere, unmittelbare Gewalteinwirkung Bewußtlosigkeit, Dämmerzustände, Stupor nach sich zieht. Auch die Erschöpfung führt nur, wenn sie sehr hochgradig ist — wie im Falle der postoperativen Psychosen — zu heteronomen Krankheitsbildern. Leichtere Grade zeitigen die bekannten reizbaren Verstimmungen. Manchmal kommt es auch unter der Wirkung geistiger Überanstrengung zu ideenflüchtiger Gedankenerregung und leichter Unruhe (Schlaflosigkeit), d. h. zu manieartigen Zuständen. Körperliche Erkrankungen rufen endlich nicht nur als Vorläufer schwererer Störungen homonome Symptomenkomplexe hervor, sondern hinterlassen zuweilen auch nach dem Ablauf tiefer greifender Beeinträchtigungen des Gehirns psychische Schwächezustände. Und unter diesen von Bonhöffer sogenannten emotionell-hyperästhetischen Schwächezuständen begegnen uns wieder die homonomen reizbaren Verstimmungen.

Es liegt daher sehr nahe, mit Specht in den verworrenen, deliriösen, stuporösen und hyperkinetischen Formen der manisch-melancholischen Krankheitsgruppe Wirkungen derselben, nur an Intensität und Menge gesteigerten Krankheitsursachen zu erblicken, die sonst die milderen Störungen der Manie und der Melancholie hervorrufen.

Allerdings läßt sich nicht die Gesamtheit der Beziehungen zwischen Ursachen und Gehirnreaktionen auf diese Weise erklären. Das ist auch nicht die Meinung von Specht. Nicht nur die wechselnde Intensität einer Krankheitsursache, sondern auch ihre Vorliebe für diesen oder jenen Teil des Gehirns gestaltet das jeweilige Zustandsbild (vgl. die verschiedene Verwandtschaft der Arzneimittel zu verschiedenen Teilen des Nervensystems).

Abschließend wäre zu sagen: Wenn Bonhöffer an dem Beispiel der symptomatischen Psychosen gezeigt hat, daß nicht jeder einzelnen Krankeitsursache ein bestimmtes Symptomenbild zu eigen ist, so ergab sich aus den oben durchgeführten Überlegungen, daß auch keine ausschließlichen Beziehungen zwischen zwei Gruppen von Krankheitsursachen und zwei Gruppen von Zustandsbildern bestehen. Ob man exogene und endogene, hirnfremde und hirnverwandte Ursachen, ob man Einwirkungen und Anlagen unterscheidet, niemals finden sich dem einen Gliede eines Ursachenpaares die heteronomen, dem anderen die homonomen Symptomenbilder ausschließlich zugeordnet. Ursachen und Reaktionsweisen des Gehirns sind eben in letzter Linie unvergleichbare Größen. Wir müssen uns damit begnügen, für jede einzelne Krankheitsursache die unter ihrer Herrschaft vorkommenden Zustandsbilder festzustellen. Manche Krankheitsursachen rufen — wie sich dabei zeigt — sehr

ähnliche Reaktionen des Gehirns hervor und bevorzugen dieselben Symptomenkomplexe. Bonhöffers Verdienst ist es, nachgewiesen zu haben, daß die Infektionskrankheiten, die Anämie, die Krebskachexie, daß Kreislaufstörungen, Urämie und diabetisches Coma in der Bevorzugung der heteronomen Zustandsbilder übereinstimmen. Die postoperativen Gehirnschädigungen folgen demselben Gesetz. Welche Symptomenbilder unter der Wirkung einer einzelnen Krankheitsursache auftreten, hängt von mehreren Umständen ab. Von der spezifischen Verwandtschaft der Krankheitsursachen zu bestimmten Teilen des Gehirns, von der Intensität und Menge der Ursache, von der an sich nur beschränkten Zahl der Reaktionsweisen, deren das Gehirn fähig ist (typische Symptomenkomplexe, deren Grundzüge überall wiederkehren, unbeschadet besonderer Färbung im einzelnen Falle). Es ist ferner anzunehmen, daß die Anlage des Gehirns bei vielen Menschen dieses oder jenes Zustandsbild leichter auslösbar macht; jedoch wissen wir von diesen individuellen Verschiedenheiten nicht sicher, wie weit sie auf Gehirnanlagen beruhen und in welchem Umfange etwa andere Gründe beteiligt sind. In vielen Fällen wirkt nicht eine einzige Krankheitsursache auf das Gehirn ein, sondern mehrere. Die Mitursachen tragen dann, gemäß ihrer Vorliebe für bestimmte Bilder und im Verhältnis ihrer Stärke zur Gestaltung des Symptomenkomplexes bei. Der Angriffsort — und damit die Wahl des Zustandsbildes — ist endlich bei einigen Krankheitsursachen noch von besonderen Umständen abhängig: von der zufälligen Stelle der Gewalteinwirkung am Schädel bei den Gehirnverletzungen, von dem zufälligen Sitze arteriosklerotischer Gehirnveränderungen bei den Erweichungen.

X Zusammenfassung.

1. Im Laufe von $4^1/_2$ Jahren wurden an der chirurgischen und der Frauenklinik in Erlangen 10 postoperative Psychosen beobachtet und zwar dreimal nach Gastroenterostomien bei Magengeschwür, dreimal nach Operationen von Rektumkarzinomen, zweimal nach gynäkologischen Operationen (Uterusmyome, Ovarialkystom), einmal nach Laparotomie wegen eitriger Peritonitis, einmal nach Prostatektomie. Es handelt sich um seltene und nur nach größeren Eingriffen vorkommende Ereignisse.

2. Die hier beschriebenen Fälle sind „eigentliche" postoperative Psychosen, d. h. solche, bei denen infektiöse Vorgänge, innersekretorische Störungen, Medikamentvergiftungen u. a. nicht oder nur nebensächlich beteiligt sind. Aber auch die eigentlichen postoperativen Psychosen sind nicht allein durch die Operation verursacht. Es sind postoperative Erschöpfungspsychosen. Die erschöpfende Wirkung der chirurgischen Eingriffe trifft mit einer durch das Grundleiden bedingten Erschöpfung zusammen. Im Begriff der Erschöpfung ist der negative Anteil der Erschöpfung, die Entziehung von Nährstoffen, von geringerer Bedeutung als die positive Seite, das Auftreten giftiger Substanzen. Insofern sind die postoperativen und anderen Erschöpfungspsychosen im wesentlichen als Toxikosen aufzufassen. Möglicherweise spielen Überempfindlichkeitsvorgänge in ihrer Entstehung eine Rolle. Nur bei der Hälfte der an postoperativen Psychosen Erkrankten lag eine erhöhte Empfindlichkeit des Gehirns für Schädigungen der verschiedensten Art infolge

psychopathischer Veranlagung, schon bestehender Geisteskrankheit oder seniler Gehirnveränderungen vor.

3. Die postoperativen Psychosen brechen selten (2 Fälle) unmittelbar nach der Operation aus, Frühpsychosen; häufiger (8 Fälle) nach 2—15 Tagen, Intervallpsychosen. Der Zusammenhang noch später auftretender Geistesstörungen mit der Operation (keine eigenen Fälle) ist sehr zweifelhaft. Die Psychosen beginnen akut und waren in den beschriebenen Fällen teils von kurzer ($^1/_2$—14 Tage), teils von mittellanger Dauer (4—11 Wochen). Beide Verlaufsarten sind ungefähr gleich häufig (6: 4). Auch nach den Berichten in der Literatur sind chronischer Verlauf und Ausgang in geistige Schwäche sehr selten. Ungefähr die Hälfte meiner Fälle (4 unter 10) starb.

4. Die Zustandsbilder waren: Benommenheit mit krampfartigen Bewegungen, delirante Zustände, ängstlich-ratlose Erregungen und Stupor in je zwei Fällen; einmal lag eine hyperkinetische Erregung, einmal ein paranoider Zustand vor. Diesen Symptomenkomplexen sind bestimmte Krankheitszeichen gemeinsam: Störung der örtlich-zeitlichen Orientierung, herabgesetzte Denk- und Merkfähigkeit, Schwäche der Erinnerung für die Jüngstvergangenheit, Amnesien.

5. Die Zustandsbilder stehen dem normalen Seelenleben und den Gesetzmäßigkeiten in Aufbau und Ablauf desselben fremdartig gegenüber. Es sind, wie die Halluzinose und die Defektzustände, heteronome Symptomenkomplexe im Gegensatze zu den homonomen Zustandsbildern der Manie, der Melancholie, der Paranoia, der reizbaren Verstimmung.

6. Ein Überblick über die gesamten Krankheitsursachen und Geistesstörungen zeigt, daß heteronome Zustände nicht ausschließlich durch eine bestimmte Gruppe von Krankheitsursachen, homonome nicht ausschließlich durch eine andere Gruppe von Ursachen hervorgerufen werden. Ob man endogene und exogene, „hirnfremde“ und „hirnverwandte“ Ursachen, ob man Einwirkungen und Anlagen unterscheidet, nie kommt man auf eindeutige und ausschließliche Beziehungen zwischen den beiden Gruppen von Zustandsbildern und zwei Gruppen von Krankheitsursachen. Es ist daher nicht zweckmäßig, den Kreis von Symptomenkomplexen, dem die Bilder der postoperativen Psychosen und die Mehrzahl der symptomatischen Psychosen angehören, als exogene Reaktionstypen zu bezeichnen und ihnen die homonomen Zustände als endogene Formen gegenüberzustellen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Ältere Literatur: Pilcz. Geistesstörung nach Operation. Wien. klin. Wochenschrift 1912, **15**, Nr. 36.
2. Engelhardt, Zur Lehre der postoperativen Seelenstörungen. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1901, **58**.
3. Guisy, Fernkomplikationen bei transversikalen und perinealen Prostatektomien. Prä- und postoperative Geistesstörungen. Zeitschr. f. Urol. 1902. **6**.
4. Picqué, Délire psychique postopérative. Annales méd.-psychol. 1898, **56**, S. 91.
5. Picqué und Briand, Archives de Neurol. 1903, S. 208.
6. Picqué, Bullet. de l'acad. de méd. **66**, p. 245. Ref. in Revue neurol. 1911, **19**.
7. Schultze, E., Zur Frage der postoperativen Psychosen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910, **54**, S. 854.
8. Selberg, Über postoperative Psychosen. Beitr. z. klin. Chir. 1904, **44**, S. 173.
9. Strömer, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel 1911.
10. Urbach, Über akute Psychosen nach Operationen am Gallengangsystem. Wien. klin. Wochenschr. 1907, **20**, Nr. 47.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE
HERAUSGEGEBEN VON
M. LEWANDOWSKY-BERLIN UND K. WILMANNS-HEIDELBERG
HEFT 12

STUDIEN ÜBER VERERBUNG UND ENTSTEHUNG GEISTIGER STÖRUNGEN

I. ZUR VERERBUNG UND NEUENTSTEHUNG DER DEMENTIA PRAECOX

HERAUSGEGEBEN VON

Dr. ERNST RÜDIN

OBERARZT DER KLINIK UND A. O. PROFESSOR FÜR PSYCHIATRIE AN DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

MIT 66 FIGUREN UND TABELLEN

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1916

AUS DEM LABORATORIUM FÜR FAMILIENFORSCHUNG AN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK IN MÜNCHEN

Alle Rechte,
insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright
by Julius Springer in Berlin
1916.

Vorwort.

Das Ziel der Untersuchungen, die mit der vorliegenden Arbeit begonnen werden und erst einen ganz bescheidenen Anfang darstellen, ist das Studium der Struktur der abnormen geistigen Anlagen in den Familien unserer Geisteskranken, die Durchforschung der Familien unserer Kranken nach Art und Menge von Kranken und Krankheitsanlagen, die in ihnen vorkommen, woraus mit der Zeit ein Bild über ihre Entstehung und Vererbung gewonnen werden soll. Von einer nennenswerten oder gar abschließenden Erkenntnis in den beiden genannten Richtungen sind wir ja auch auf dem Gebiete der Psychiatrie noch weit entfernt. Die Schwierigkeiten der Forschung sind hier beim Menschen und insbesondere auf dem Gebiete krankhafter Veranlagung des Nervensystems so große, daß wir nur Schritt für Schritt vorwärts kommen. Zunächst wird es sich um Gewinnung eines Überblicks über das quantitative Vorkommen von ausgesprochenen geistigen Störungen überhaupt handeln, wobei das klinisch noch überaus kontroverse Gebiet der Zwischenstufen zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit vorläufig wenig und nur mit der größten Vorsicht berücksichtigt werden kann. Später erst wird dann an die Aufdeckung feinerer familiärer Zusammenhänge zwischen den einzelnen klinischen Erscheinungsformen und von eigentlichen Regeln oder Gesetzen der Vererbung zu denken sein.

Aus diesen Gründen ist es auch unmöglich, eine klinische Krankheitsform nach der anderen erschöpfend zu bearbeiten. Die Erhebungen zur Lösung bestimmter Einzelfragen erstrecken sich für jede einzelne Krankheitsform oft über Jahre hin, ehe sie zum Abschluß gebracht werden können, so daß es zweckmäßig erscheint, die bereits in kürzerer Zeit gewonnenen Ergebnisse jetzt schon bekannt zu geben.

Nach zahlreichen mühevollen Einzelarbeiten und statistischen Gruppierungen, die auch eine gegenseitige Kontrolle darstellen werden, sowie nach wiederholten Überarbeitungen des gleichen, aber im Laufe der Zeit vervollständigten Materials, wird sich dann ein abschließendes Urteil über die Hauptfragen, die uns über Neu-Entstehung und Vererbung vorschweben, von selbst ergeben.

Stammbäume habe ich der vorliegenden Arbeit absichtlich nicht beigegeben, entgegen dem sonst geübten Brauch. Denn jeder Stammbaum ist nur je eine spezielle Verwirklichung im Würfelspiel der Vererbung und beweist für sich allein nichts. Das zeigt schon die Tatsache, daß es gelingt, fast jede Ansicht durch diesen oder jenen ad hoc ausgewählten Stammbaum zu stützen. Es pflegen ja auch leider nur mit Psychosen reich gespickte Stammbäume

gemeiniglich ein Interesse zu erregen. Allein gerad
seitiges Bild. Um dies zu vermeiden, hätte ich ih
mit n e einer oder wenigen Psychosen an die
Umfa er Arbeit a r ins Ungemessene erweit n te
mir j h vor, mein Stammbaummaterial später, im mit
einer henderen Erörterung klinischer Fragen, zu ver .
Literatur konnte ich nur in bescheidenem verwerten und
bespre weil die Methoden, mit denen die in ihr n gelegten Resultate
gewon ind, erhe ch von den von mir angewandten abweichen, weshalb
auch di gebnisse Vergleichbarkeit einbüßen.

D Bestreitung der kostspieligen Schreib- und Registratur-Arbeiten, welche Beschaffung des Materials für die gegenwärtige Veröffentlichung und zum Teil auch für die folgenden Publikationen notwendig waren, wurde mir ermöglicht durch Zuwendungen von Seiten der Psychiatrischen Klinik in München, der Klenze-Stiftung, der Bleichröder-Stiftung, der Königlich bayerischen Akademie der Wissenschaften, des Herrn Professor Liepmann-Berlin und vor allem der Lähr-Stiftung. Durch Beiträge von Seiten der k. bayer. Akademie der Wissenschaften aus der Krönerschen Stiftung ist auch die Fortführung dieser Forschungen weiterhin gesichert worden. Für all diese Zuwendungen möchte ich hiermit auch öffentlich meinen herzlichsten Dank aussprechen. Auch den Herren Direktoren der bayerischen Irrenanstalten, die mich nach Kräften in der Material-Sammlung unterstützten, sowie den zahlreichen Behörden, insbesondere den Herren Vorständen der bayerischen Pfarrämter, die in uneigennützigster Weise durch zeitraubende Matrikelauszüge die vorliegenden genealogischen Untersuchungen unterstützt haben, sei hiemit der wärmste Dank ausgedrückt!

München, im Mai 1916.

Ernst Rüdin.

Das Manuskript der vorliegenden Monographie ist der Verlagsbuchhandlung bereits am 14. Mai 1914 zugegangen und die Drucklegung war zu Beginn des Krieges nahezu beendet. Infolge der durch Kriegsausbruch geschaffenen Verhältnisse hat sich das Erscheinen in nicht vorauszusehender Weise verzögert. Die Verlagsbuchhandlung.

Inhaltsverzeichnis.

		Seite
1. Kapitel.	Methodologisches	1
2. Kapitel.	Die Proportionenfrage bei den Nachkommen Dementia praecox-freier Eltern („DR × DR-Kreuzungen")	27
3. Kapitel.	Die Proportionenfrage bei den Nachkommen eines Dementia praecox-kranken und eines Dementia praecox-kranken Elternteiles („RR × DR-Kreuzungen")	57
4. Kapitel.	Die Proportionenfrage bei den Nachkommen einzelner Gruppen Dementia praecox-freier Eltern. Abhängigkeit der Proportion, in welcher die Dementia praecox bei den Kindern auftritt, von psychopathologischen elterlichen Belastungsfaktoren, welche sich klinisch von Dementia praecox unterscheiden	65
5. Kapitel.	Die Dementia praecox bei den Halbgeschwistern und Vettern der Dementia praecox-Fälle der Klinik	79
6. Kapitel.	Der Einfluß der Stellung in der Geburtenreihe oder der Geburtennummer auf die Erkrankung an Dementia praecox	92
7. Kapitel.	Die Frage der Dominanz und Rezessivität der Anlage zu Dementia praecox	103
8. Kapitel.	Dementia praecox und Geschlecht	117
9. Kapitel.	Das Phänomen der Anteposition	123
10. Kapitel.	Die Frage der polymorphen oder generellen Vererbung und ihre Beziehungen zur Vererbung der Dementia praecox unter dem Gesichtspunkt mendelscher Vererbung	139
11. Kapitel.	Klinische Beziehungen der Geistesstörungen in den Familien mit Dementia praecox	147
12. Kapitel.	Ergebnisse	162
Literatur		170

1. Kapitel.

Methodologisches.

Wer Gelegenheit hat, eine größere Reihe von Fällen von Jugendirresein (Dementia praecox) zu beobachten und deren Beziehungen zum Gesundheitszustande der Verwandten zu verfolgen, wird sich zunächst des Eindrucks nicht erwehren können, daß auffallend häufig die Dementia praecox nicht als vereinzelte Geistesstörung in der Familie auftritt.

Auffallend häufig finden sich bei nahen oder entfernten Verwandten noch weitere Fälle von Dementia praecox, nicht selten auch noch andere krankhafte Seelenzustände.

Triftige äußere Gründe für das familiäre Auftreten sind dabei zunächst nicht zu entdecken.

Für die Auffassung der Dementia praecox als einer eigenartigen Infektionskrankheit, die ja ein gehäuftes Auftreten bei Verwandten unter Umständen erklären könnte, fehlen zurzeit alle sicheren Anhaltspunkte.

Auch die Behauptung, die Dementia praecox entstehe durch schädliche psychische Einwirkungen auf die Seele, entbehrt zurzeit einer sachlichen Begründung.

Schließlich reichen auch alle anderen zahlreichen, von außen einwirkenden Momente, die man gelegentlich angeschuldigt hat, zur Erklärung des familiären Auftretens der Störung nicht aus. So handelt es sich bei der Rolle der Kopfverletzungen, der Ernährung, der Erziehung, des Alkoholmißbrauchs, der Masturbation nicht um durchgehend oder auch nur vorwiegend auffindbare ätiologische Faktoren, sondern wohl nur um Begleiterscheinungen oder um Folgezustände der in Entstehung begriffenen Geistesstörung.

Jedenfalls hat man sich über keinen der genannten Faktoren als Hauptursache der Dementia praecox bisher auch nur entfernt zu einigen vermocht.

Angesichts der Unauffindbarkeit einer einheitlichen äußeren Ätiologie läßt das familiäre Auftreten zunächst in erster Linie an die Rolle der Vererbung denken.

Allein der Eindruck, den uns einige Familien verschaffen, genügt nicht. Ich habe schon früher („Einige Wege und Ziele usw. 1911") auseinandergesetzt, daß eine Untersuchung über Vererbung von Geistesstörung nur dann wissenschaftlich genannt zu werden verdient, wenn sie von jenen mathematischen Aspirationen durchdrungen ist, die in der experimentellen Vererbungsbiologie der Pflanzen und Tiere bereits zu so schönen Erfolgen geführt haben. Da uns für uns selbst die willkürliche Zucht aber nicht zur Verfügung steht, so bleiben uns

zur Prüfung der Vererbungsregeln beim Menschen nur die Nachkommen- und Ahnentafeln. Jedoch die Glieder eines Verwandtenkreises werden von sehr zahlreichen Schicksalen betroffen, welche für einen selbst großen Einzelstamm nur ausnahmsweise die Mendelsche Regel in irgend einer Form rein hervortreten lassen werden, selbst wenn es sich wirklich um einen Vererbungsvorgang im Mendelschen Sinne handeln sollte. Eine solche Ausnahme stellt der Stammbaum Farabees über Brachydaktylie dar, wo in auffallend regelmäßiger Weise in vier Generationen derselben Familie die Träger des dominanten Merkmals der Kurzfingerigkeit sich ungefähr ebenso häufig vorfinden, wie die normalen Individuen. („Einige Wege und Ziele" Seite 492.) Es liegt eben in der Natur des Vererbungsganges, daß eine absolute, in bestimmten Zahlenverhältnissen zum Ausdruck kommende Gesetzmäßigkeit nur in der großen statistischen Masse sich zeigen wird. Und zwar wird diese umso größer sein müssen, je komplizierter die Vererbungsverhältnisse, d. h. je zahlreicher die konkurrierenden Erbfaktoren sind.

So bleibt uns nichts anderes übrig, als recht viele, möglichst gut und allseitig durchforschte Einzelstämme zusammenzulegen und zu untersuchen, ob in ihrer Summe, unter Annahme ganz bestimmter Mendelscher Voraussetzungen, die erhaltenen Werte mit den vererbungstheoretisch zu erwartenden Werten übereinstimmen. Wir werden dabei zunächst die einfachsten Voraussetzungen ins Auge fassen und prüfen, ob sie in den Befunden unserer Stämme wirklich realisiert werden. Stellen sich diese einfachsten Voraussetzungen als unhaltbar heraus, so ist unsere Untersuchung doch nicht nutzlos, denn es kann durch sie der Hinweis auf bestimmte kompliziertere Voraussetzungen Mendelscher Vererbung gewonnen werden (kompliziertere Spaltungen, Konkurrenz mehrerer Merkmalspaare usw.). Auf jeden Fall muß vorsichtig vorgegangen werden, denn einerseits kann eine richtige statistische Methode, wenn das Material ungenügend ist, ein Fehlen von Vererbungsregeln vortäuschen, wenn in Wirklichkeit doch Vererbung obwaltet. Oder andererseits kann mit ungenügender Methode, vielleicht auch gleichzeitig ungenügendem Material, zufällig eine schöne Mendelsche Proportion errechnet werden, wenn in Wirklichkeit keine Vererbung vorliegt oder außer ihr noch wichtige äußere Ursachen-Faktoren hinzukommen.

Die Prüfung der einfachsten Voraussetzungen soll im folgenden daher ganz vorurteilsfrei versucht werden, zunächst auch ohne Rücksichtnahme auf die Frage der Neuschöpfung der Dementia praecox abseits vom Wege der Vererbung.

Hinsichtlich der Anfangsgründe Mendelscher Vererbung, deren Kenntnis ich hier voraussetzen muß, verweise ich auf meine frühere Arbeit („Einige Wege und Ziele usw. 1911"), sowie auf die vortrefflichen Lehrbücher, die darüber in letzter Zeit von Zoologen und Botanikern geschrieben wurden (Haecker, Plate, Goldschmidt, Baur, Correns usw.). Ganz allgemein darf jetzt schon gesagt werden, daß auch beim Menschen die Mendelsche Vererbung wohl vorwalten dürfte, wenn auch ihr Nachweis nur für verhältnismäßig wenige menschliche Merkmale und Merkmalskomplexe, wie z. B. jüngst für anthropologische in der Arbeit von E. Fischer, erbracht ist.

Dieser Nachweis ist beim Menschen äußerst schwierig und erfordert gerade auf dem Gebiete pathologischer Eigenschaften besondere Kautelen. Sie bestehen vornehmlich in einer sachkundigen Anwendung der statistischen Methode auf ein nach bestimmten Prinzipien gesammeltes Material.

Wer insbesondere Regeln der Vererbung krankhafter Eigenschaften beim Menschen studieren will, ist sehr viel schlimmer daran, als der Zoologe und Botaniker. Der Zoologe und Botaniker züchtet sich das Material, das er braucht und so vollständig, als er es braucht. Der Mediziner muß vorlieb nehmen mit dem Material, das er bekommt, das ihm oft genug nur durch einen gewissen Zufall des Ortes, der Zeit und anderer Umstände zugänglich gemacht wird. Dieser Übelstand ist so bekannt, daß ich darauf nicht weiter eingehen will.

Allein in Fragen der Gesetzmäßigkeit der Vererbung krankhafter Merkmale beim Menschen hat sich der Mediziner und insbesondere der Psychiater bisher auch künstliche Schwierigkeiten geschaffen, welche nicht in der Unzulänglichkeit des Materials, sondern in der Unvollkommenheit der Behandlung desselben, in vorgefaßten Meinungen über dasselbe beruhen.

Ein Grundfehler der Betrachtungsweise in Fragen der Vererbung lag und liegt noch jetzt bei zahlreichen Kollegen darin, daß ihr Blick wie hypnotisiert an Stammbäumen mit besonders gehäufter Belastung geheftet erscheint.

Schon vor der Mendelschen Ära mußte es klar sein, daß Schlußfolgerungen aus solchen systematisch einseitig nach dem Gesichtspunkt schwerer Belastung ausgelesenen Fällen doch nur zu Ergebnissen mit sehr beschränkter Gültigkeit führen können.

Dies trifft heute um so mehr zu, wo wir wissen, daß das Zahlenverhältnis der Kranken zu den Gesunden von der allergrößten Bedeutung ist und daß es der sorgfältigsten Beachtung bei Untersuchungen über Vererbung bedarf und daß somit in dieser Frage die wenig und nicht belasteten Fälle das Interesse des Vererbungsforschers in gleicher Weise beanspruchen müssen, wie die schwer belasteten Fälle.

Daß dem so ist, dürfte anschaulich aus meinen früheren Ausführungen („Einige Wege und Ziele") hervorgehen, wo ja gezeigt ist, daß in der nächsten Verwandtschaft gar keine Störung zu sein braucht und doch Vererbung vorliegen kann.

Den Fehler einseitiger Berücksichtigung schwer belasteter Familien, auf den auch besonders nachdrücklich aufmerksam gemacht zu haben das Verdienst Weinbergs ist, gilt es also vor allem in Zukunft zu vermeiden.

Wer Psychiater kennt, weiß, daß dieser Fehler sehr leicht zustande kommen kann und zwar zumeist ganz unbewußt. Es liegt gewissermaßen in der psychiatrischen Tradition begründet, daß man, wenn ätiologische Gesichtspunkte verfolgt werden, das Interesse vornehmlich auf belastete Fälle konzentriert. Eine oder mehrere solcher schwer belasteter Familien aus dem eigenen Erfahrungskreise machen gewöhnlich den Anfang der Untersuchung, dann werden weitere gesammelt, es werden Kollegen um Mitteilung anderer, für den Psychiater „interessanter", d. h. eben fast ausnahmslos schwer belasteter Familien gebeten, also von Familien, wo mehrere Geschwister geisteskrank sind oder Eltern und Kinder oder mehrere Onkel und Tanten oder dergleichen. Hat man dann eine genügende Anzahl davon beisammen, so wird nunmehr dieses Material verarbeitet, und es werden aus diesem Material dann alle möglichen, auch allgemeine Schlüsse gezogen, Schlüsse auf Vererbungsregeln usw. Zwar kennt jeder Psychiater auch genug Familien, wo Geistesstörungen nur ganz vereinzelt vorkommen. Gewiß werden auch diese Familien mehr oder weniger durchforscht. Aber wenn

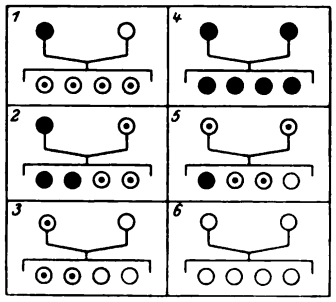
weiter keine erhebliche Belastung gefunden wird, werden diese Fälle sozusagen für die Verarbeitung von Vererbungsfragen ad acta gelegt, in der Annahme wohl, daß hier überall ja wohl Vererbung keine Rolle spielt, oder weil, selbst wenn Vererbung mitspielen sollte, sie hier jedenfalls nicht demonstrierbar ist.

Daß dieses Verfahren aber in den Voraussetzungen verfehlt ist, zeigen folgende Überlegungen.

Nehmen wir als Beispiel die Dementia praecox oder die Anlage dazu und setzen wir zunächst voraus, daß sie nach den Regeln der spaltenden Vererbung gehe, so hat nach zahlreichen abschätzungsweisen Eindrücken die Annahme die größte Wahrscheinlichkeit, daß die Dementia praecox eine rezessiv-mendelnde Krankheit ist. Lassen wir dies zunächst gelten und nehmen wir weiter an, daß es sich bei ihr um ein einfaches Merkmal handelt, das nur mit dem Merkmal „Nicht-Dementia-praecox-krank" konkurriert; nehmen wir weiter an, daß die Jugendverblödung nicht geschlechtsgebunden sich vererbt, daß sie, obgleich klinisch in derselben Form auftretend, nicht in jeder Familie sich wieder nach anderen Regeln vererbt, daß nirgends ein „Dominanzwechsel" vorhanden ist, d. h. jene Erscheinung, wonach ein dominantes Merkmal unter Umständen plötzlich rezessiv, oder ein rezessives plötzlich dominant soll werden können, daß ferner hier neuschöpfende Ursachen, welche mit Vererbung nichts zu tun haben, fehlen, und daß die Dementia praecox im Vererbungsgange nicht durch andere Geistesstörungen, wie man sich auch ausgedrückt hat, substituiert werden kann, daß also keine Vererbung einer allgemein einheitlichen Disposition, eine polymorphe Vererbung, vorliegt usw.

Fig. 1. Vererbungsproportionen bei Rezessivität der Anomalie.
(Zu Seite 4 und folgende.)

● krankes oder rezessiv-homozygotes[1]) Individuum. ⊙ gesundes, heterozygotes Individuum. ○ gesundes, dominant-homozygotes Individuum.



Unter diesen Umständen müßten wir dann also in der großen statistischen Masse die bekannten einfachsten Proportionen (Figur 1, Seite 4) realisiert finden, d. h. es müßten keine kranken Kinder zu erwarten sein, wenn mindestens ein Elternteil nicht nur äußerlich, sondern auch keimgesund ist, $^1/_4$ Kranke, wenn

[1]) Die Anlage-Kombinationen im befruchteten Keim heißt man Zygoten.
Homozygot sind die Geschlechtszellen, die gleiche Anlagen enthalten.
Heterozygot sind die Geschlechtszellen, die verschiedene Anlagen enthalten.
Diese Bezeichnungen werden aber auch auf die Träger solcher Geschlechtszellen übertragen. So ist also ein homozygotes Individuum oder schlechtweg ein Homozygoter ein Träger homozygoter Geschlechtszellen.

beide Eltern zwar äußerlich gesund, aber keimkrank sind, die Hälfte Kranke, wenn der eine Elternteil krank, der andere lediglich keimkrank, wenn auch äußerlich gesund und schließlich lauter kranke Kinder, wenn beide Eltern krank sind.

Man könnte diese Proportionen auch Ideal-Proportionen nennen.

Die in der Wirklichkeit in der Einzel-Familie gefundenen Proportionsverhältnisse, oder also die Real-Proportionen aber müssen auch unter dieser einfachsten aller Annahmen ganz erheblich anders aussehen, als es in den Vererbungs-Schemata zum Ausdruck kommt.

Das auf Seite 502 meiner früheren Arbeit und auch hier Seite 4, Figur 1 zur leichteren Orientierung abgedruckte Schema der Vererbung einer rezessiv gehenden Anomalie ist nur ein auf die kleinste Einheit zurückgeführter Ausdruck eines aus einer großen Menge von Beobachtungen berechneten Zahlenverhältnisses. Die Wirklichkeit selbst ist anders zu erwarten. Nur Feld 4 muß auch in Wirklichkeit, in jedem konkreten Falle, gleich aussehen. Denn wenn unsere Annahme richtig ist, daß beide Eltern Dementia praecox-krank sind und Dementia praecox ein einfach rezessives Mendelsches Merkmal ist, so müssen alle Kinder, gleichviel, um wie viele es sich handelt, wiederum Dementia praecox-krank werden, weil ja die kranken Eltern nur Anlagen zu Dementia praecox in ihren Geschlechtszellen enthalten.

Wir können also in diesem einen Falle[1]) aus der Beschaffenheit der Eltern mit Sicherheit auf die Beschaffenheit nicht nur gewisser, sondern aller Kinder schließen, immer natürlich nur unter der Voraussetzung daß die angenommene Vererbungsart vorliegt. Dieser Sachverhalt trifft aber in den anderen Fällen des genannten Schemas nicht zu und zwar aus dem Grunde, weil wir, so weit bis jetzt unsere Kenntnis reicht, einem Dementia praecox-freien Individuum nicht ansehen können, ob es, neben Keimen mit Anlage zu gesund, nicht auch noch Keime mit Anlage zu krank gebildet hat und vornehmlich deshalb, weil wir im Einzelfalle nie wissen können, ob kranke oder gesunde Keime zur Kopulation gekommen sind.

Sehen wir freilich, wie in Feld 5, daß zwei Eltern mindestens ein Dementia praecox-krankes Kind haben, so müssen, bei der Richtigkeit unserer Voraussetzungen, beide Eltern allerdings auch Geschlechtszellen mit der Anlage zu Dementia praecox gebildet haben. Das sind die einzigen sicheren Schlüsse, die wir in der Natur selbst, unter den genannten Voraussetzungen, aus dem Vorkommen der Dementia praecox bei Eltern und Kind auf die zugrunde liegenden Anlage-Kombinationen bei den Eltern zu ziehen berechtigt sind.

Im übrigen lassen die elterlichen Keimkombinationen der Figur 1 unter den Kindern jeder Einzelfamilie in der Natur noch ganz andere Realproportionen von gesund und krank erwarten. In der Natur können die vorausgesetzten Anlagen der Figur 1 bei den Eltern und ihre Kombinationen bei der Befruchtung ebensowohl die folgenden Krankheitseffekte (Proportionen) bei den Kindern erzielen.

Nehmen wir Feld 2 der Figur 1. Jeder Elternteil produziere nur 2 Geschlechtszellen. Der kranke Elternteil bilde überhaupt nur 2 Anlagen zu krank,

[1]) Ich möchte schon jetzt darauf aufmerksam machen, wie wichtig es darnach wäre, eine größere Zahl von Dementia praecox Elternpaaren, mit ins erwachsene Alter übergetretenen Nachkommen, zu erhalten, da an dem Ausfall der Kinder eine gute Probe auf Tatsache überhaupt und Art der Mendelschen Vererbung der Dementia praecox zu gewinnen wäre. Leider kann nur durch das Zusammenwirken zahlreicher Psychiater dieses Ziel erreicht werden.

also eine Anlage zu krank in je einer Geschlechtszelle, der gesunde oder heterozygote Elternteil nur eine Anlage zu krank in der einen Geschlechtszelle und nur eine Anlage zu gesund in der anderen Geschlechtszelle, wobei dann also die Anlage-Kombinationen nach Qualität und Quantität, wie nachfolgend aufgezeichnet, sich verhalten müßten:

R R mal D R[1]), so müßte selbstverständlich auch in der konkreten Einzel-Familie die Proportion herauskommen, wie sie in Feld 2 dargestellt ist, nämlich es könnte nur ein heterozygoter Gesunder (⊙ ●) und ein Kranker entstehen (● ●).

8 Anlagen zu Dementia praecox, untergebracht in den 8 Geschlechtszellen des einen, kranken Elternteils.	4 Anlagen zu Dementia praecox + 4 Anlagen zu gesund, untergebracht in den 8 Geschlechtszellen des anderen, gesunden Elternteiles.
●	●
●	●
●	●
●	●
●	○
●	○
●	○
●	○

Nehmen wir nun aber an, jeder Elternteil produziere nicht 2, sondern 8 Geschlechtszellen, und zwar bilde der kranke Elter 8 Anlagen zu Dementia praecox-krank und der gesunde je 4 Anlagen zu gesund und 4 Anlagen zu krank (siehe obenstehende Anlagekombination, in Wirklichkeit kommen aber ja in Eiern und Spermatozoen hunderte und tausende von Geschlechtszellen, d. h. Anlageträgern in Betracht), so haben wir, in Hinsicht auf die proportionelle Verteilung von Gesund und Krank die folgenden Möglichkeiten der Anlagekombination für je einen konkreten Familienfall von 4 Kindern:

1. ● ● ● ● wenn zufällig bei 4 Befruchtungen hintereinander nur eine Verbindung zwischen den Anlagen zu krank stattfand, also der Zufall, der nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeit in einem großen Material ja zutreffen muß — wir kommen später darauf noch zurück — die Geschlechtszellen mit der Anlage zu gesund im gesunden Partner gar nicht zur Befruchtung kommen ließ.

2. ● ● ● ⊙ wenn zufällig, wie eben die Natur im Einzelfalle vorgehen kann, dreimal hintereinander bei den Zeugungen gerade die Krankheitsanlagen des (äußerlich) gesunden Partners zur Befruchtung mit den Krankheitsanlagen des kranken Partners kommen und nur einmal eine gesunde Anlage im gesunden Partner zur Befruchtung gelangt.

[1]) R = Rezessiv.
D = Dominant.
Ein R = Merkmal ist ein Merkmal, das sich rezessiv verhält im Erbgang.
Ein D = Merkmal ist ein solches, das dominant sich vererbt.

3. ● ● ⊙ ⊙ Fall der Fig. 1, Feld 2, der die Idealproportion, d. h. den Durchschnittsfall betrifft und der natürlich in jedem Fall zu finden sein müßte, wenn die Anlagekombinationen nicht nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeit vor sich gingen oder also, wenn in regelmäßiger Weise z. B. immer genau je eine Verbindung einer Krankheitsanlage des kranken Elters mit einer Krankheitsanlage des äußerlich gesunden Elters einerseits und mit einer gesunden Anlage des gesunden Elters andererseits abwechseln würde.

4. ● ⊙ ⊙ ⊙ wenn nur 3 Verbindungen zwischen kranken und gesunden Anlagen erfolgen, eine Kombination aber eine Verbindung von 2 Anlagen zu krank darstellt.

5. ⊙ ⊙ ⊙ ⊙ wenn zufällig nur die 4 Gesundheitsanlagen des kranke und gesunde Anlagen zur Hälfte besitzenden, also heterozygoten Elters (⊙), zur Befruchtung durch den ausschließlich Anlagen zu Krankheit führenden Partner (●) kommen.

Nehmen wir aber nun den Fall der Heterozygoten-Kreuzung, oder also DR mal DR[1])-Kreuzung (⊙ mal ⊙), wie er schematisch in Feld 5 der Figur 1 dargestellt ist, so haben wir auch hier natürlich wieder Eltern, die in Wirklichkeit viele Geschlechtszellen bilden und zwar entsteht in jedem Elter eine Hälfte von Sexualzellen mit Anlage zu Gesund und eine Hälfte von Sexualzellen mit Anlage zu Krank. Durch Zufallskombination können sich nun, wie im vorigen Falle bei Entstehung einer Familie von 4 Kindern, nur Geschlechtszellen mit Anlage zu Krank (welche beide Eltern in großer Zahl in sich bergen) miteinander verbunden haben, dann entstehen lauter Kranke (● ● ● ●), oder es verbinden sich nur Sexualzellen mit Anlage zu gesund (welche beide Eltern ebenfalls in großer Zahl in sich schließen) miteinander, dann entstehen lauter Gesunde (○ ○ ○ ○). Oder es verbinden sich dreimal Geschlechtszellen mit Krankheitsanlage (● ● ● ○) oder nur zweimal (● ● ○ ○), in welch letzterem Falle dann also die Hälfte der 4 Kinder krank wäre usw.

Mit den Darlegungen soll anschaulich gemacht werden, daß die Natur im Einzelfalle sich natürlich nicht an das Schema, d. h. nicht an die Idealproportion hält[2]), sondern daß sowohl dann, wenn in den Geschlechtszellen der Eltern die Voraussetzungen der RR × DR-Kreuzung, wie auch dann, wenn in ihnen

---

[1]) Ein DR-Individuum ist ein solches, dessen einer Teil der Geschlechtszellen die dominant gehende, dessen anderer Teil die rezessivgehende Anlage enthält.

Ein RR-Individuum dagegen enthält nur Geschlechtszellen mit der rezessiv sich vererbenden Anlage, ein DD-Individuum nur Geschlechtszellen mit der dominant sich vererbenden Anlage.

[2]) Ich hätte mir diese Ausführungen ersparen können, wenn ich nicht aus Fragen entnommen hätte, daß das Verhältnis von Schema (Idealproportion) und konkreter Natur (Realproportion) vielfach nicht recht erfaßt wird.

diejenigen der DR × DR-Kreuzung gegeben sind, die Proportion von Gesund und Krank in concreto in den 5 verschiedenen Proportionen:

Krank	Gesund
0	4
1	3
2	2
3	1
4	0

vorkommen kann in völlig unterschiedsloser Weise.

Es geht daraus ohne weiteres hervor, daß, wenn z. B. mit Vorliebe Geschwisterserien mit großer geschwisterlicher Belastung gesammelt und verarbeitet werden, die Mendelsche Proportion, selbst wenn Mendelsche Vererbung vorliegt, nicht gefunden werden kann, sondern die erhaltene Proportion zu viele Kranke aufweisen muß.

Aus der Übersicht Seite 9, Fig. 2 über die Zusammensetzung der konkreten Geschwisterserien ist aber vor allem ein weiterer, für die Psychiater beachtenswerter Umstand zu ersehen, nämlich der, daß die Mendelschen Voraussetzungen der RR × DR und DR × DR-Kreuzung und die Gesetze der Wahrscheinlichkeit, nach denen die in großer Zahl produzierten zweierlei Anlagen zur Kombination miteinander kommen müssen, auch das Zustandekommen konkreter Geschwisterserien verlangen, in denen Kranke überhaupt nicht vorkommen und deren Repräsentanten daher dem Psychiater überhaupt nie zu Gesicht kommen. Nur in den Fällen, wo das Spiel der Wahrscheinlichkeit mehrmals oder mindestens einmal die Anlagen der Eltern so zusammen gewürfelt hat, daß sich 2 Anlagen zu Krank getroffen haben und daraus ein krankes Individuum haben entstehen lassen, kommt der Psychiater als solcher in Berührung mit den Produkten Mendelscher Kreuzung.

Von allen Familien, in denen, trotzdem ein Elternindividuum auch ein RR- oder DR-Individuum ist, „nur gesunde Würfel" gefallen sind, erhält der Psychiater naturgemäß keine Repräsentanten in seine Beobachtung. Bezieht er also lediglich die Familien der ihm zur Beobachtung und Pflege übergebenen Kranken, also lediglich die Familien, in denen die Krankheit manifest geworden ist, in seine Proportions-Berechnungen ein, so muß er unfehlbar falsche, d. h. zu hohe Proportionen erhalten.

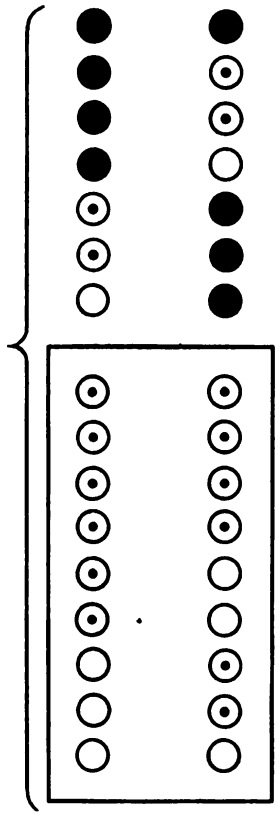
Wer sich darüber noch nicht im Klaren sein sollte, den dürfte ein Blick auf die nebenstehende Zusammenstellung rasch überzeugen (Fig. 2, Seite 9).

Die Geschwisterserien, die der Psychiater nie zu Gesicht bekommt, sind in Fig. 2 eingerahmt. Die Prozentziffern sind unter Einschluß und Ausschluß dieser Familien gezogen. Im letzteren Falle wird der Prozentsatz der Kranken zu hoch, nämlich 57,14% statt 25%.

Es entsteht nun aber die Frage, ob es dem Psychiater nicht doch möglich wäre, ein Material, d. h. Geschwisterserien zu beschaffen, in denen alle möglichen konkreten Proportionsvertretungen von Gesund und Krank, also auch z. B. lauter Gesunde vorkommen, d. h. vorkommen müssen, so daß deren Zusammenfassung dann die richtige, d. h. schematische oder Ideal-Proportion von Gesund und Krank ergäbe.

Fig. 2 (Erläuterung siehe Seite 8 und folgende).

Schema der nach der Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Produkte einer DR × DR-Kreuzung (⊙ × ⊙), d. h. von solchen Eltern, die selbst zwar z. B. Dementia-praecox-frei sind, aber latent die Anlage zu Dementia praecox mit sich führen.



16 Kombinationen der Verteilung der Merkmale in den 2 Kinder-Sippschaften.

Demonstriert an einer Familie mit 2 Kindern.

(Je zwei nebeneinander liegende Zeichen stellen eine Sippschaft von zwei Geschwistern dar.)

Das Verhältnis von krank (●) zu gesund (○ und ⊙) im gesamten Schema ist = 8:24, d. h. es finden sich

● = 8 = 25% der Gesamt-Geschwister
○ = 8 = 25% „ „ „
⊙ = 16 = 50% „ „ „

Das Verhältnis von krank zu gesund in dem nicht-umränderten Teil des Schemas allein, d. h. in der Summe der Familien mit mindestens einem Kranken ist = 8:6, d. h. es finden sich

● = 8 = 57,14% der Gesamt-Geschwister in den Sippschaften mit mindestens 1 Kranken
○ = 2 = 14,28% „ „ „ „ „ „ „ „ „ „
⊙ = 4 = 28,57% „ „ „ „ „ „ „ „ „ „

● Rezessive kranke Homozygoten.
⊙ Heterozygoten, äußerlich gesund.
○ Dominante gesunde Homozygoten.

Das wäre in der Tat möglich und zwar dann, wenn die Anlagen zu Dementia praecox in einer Geschwisterserie festgestellt werden könnten, auch wenn der Psychiater nicht von Berufswegen, eben auf dem Wege des Manifestwerdens der Anlagen, Kenntnis von ihnen erhalten hat.

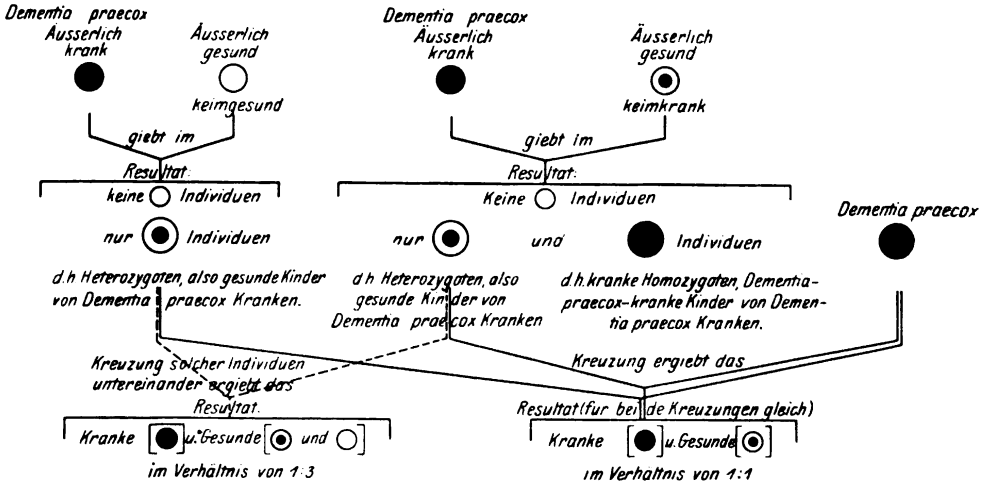
Ist die Dementia praecox nämlich wirklich eine Krankheit, die sich rezessiv nach Mendel und als einfaches Merkmal vererbt — und das bleibt immer noch bloße, wenn auch nicht unwahrscheinliche Annahme —, so müssen in einem großen psychiatrischen Erfahrungsmaterial Geschwisterserien zu ermitteln sein, die Gesunde und Kranke in allen Proportionen enthalten, insbesondere auch Geschwisterserien, in denen nie eine Erkrankung an Dementia praecox vorgekommen ist.

Wir wissen, daß die Kinder eines an einer rezessiven Krankheit leidenden Elters und eines gesunden Partners (welch letzterer dabei ein gesunder Homozygoter oder ein gesunder Heterozygoter sein kann) ausnahmslos entweder kranke (rezessive) Homozygoten oder aber äußerlich gesunde Heterozygoten sind.

Verbindungen solcher heterozygoten Individuen untereinander, die wir als solche voraussetzen dürfen, weil sie es ihrer Herkunft nach sein müssen, würden in ihrer Nachkommenschaft alle konkret möglichen Proportionen von Gesund und Krank, bei genügend großem Material also eine für die Erfordernisse einer Proportionsberechnung nach Mendel geeignete, für die idealmendelsche Proportion (1 : 3) repräsentative Mischung von Krank und Gesund ergeben.

Das Schema Fig. 3, Seite 10 soll das anschaulich machen.

Fig. 3. Schema des qualitativen Ausfalles der Kreuzung von gesunden Nachkommen von Dementia praecox-Kranken unter sich und mit Dementia praecox-Kranken. (Erläuterung siehe Seite 10 und folgende.)



Verbindungen aller in Fig. 3 mit ◉ bezeichneten, äußerlich gesunden Dementia praecox-Nachkommen untereinander müssen also, weil sie Heterozygote sind, Kinderserien ergeben, die, bei genügend großem Material, in ihrer Summe Kranke und Gesunde in einem für die Mendelsche Proportion 1 : 3 repräsentativen Verhältnisse enthalten würden.

Das Resultat der Verbindungen von kranken mit den ebengenannten heterozygoten gesunden Abkömmlingen eines Dementia praecox-Elters müßte, bei genügend großem Material, ein Gemisch von Gesunden und Kranken im Verhältnis von 1 : 1 sein. Und zwar könnten unter diesen Umständen die Summen von Gesund und Krank ohne weitere statistische Operation (siehe jedoch die Kautelen bezüglich der Kindersterblichkeit, des Erkrankungsspielraumes usw.) miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Das Material, das mir zur Verfügung steht, eignet sich zu einem solchen Vorgehen jedoch leider noch nicht, da mir erwachsene, über den Erkrankungsspielraum der Dementia praecox hinaus gealterte Nachkommen von Dementia praecox-Eltern nicht in genügender Zahl zur Verfügung stehen (was notwendig ist, um ihre spätere Erkrankung auszuschließen) und noch weniger Zeugungsverbindungen von solchen Nachkommen untereinander, die ja wiederum Nachkommen haben müßten, welche über den Erkrankungsspielraum der Dementia praecox hinaus gealtert wären, damit die vorhandenen Anlagen alle als zur äußeren Entfaltung gekommen betrachtet werden könnten.

Es wird, bei Zusammenarbeit vieler Psychiater in dieser Richtung, einer nahen Zukunft, vielleicht aber auch schon jetzt einem Anstaltsleiter mit einem großen und alten, gut durchgearbeiteten und diagnostizierten Material möglich sein, die hier geforderten Unterlagen zu beschaffen und damit verhältnismäßig einfache Proportionsberechnungen zu ermöglichen.

Zurzeit muß ich und werden die meisten Psychiater im wesentlichen mit Geschwisterserien Vorlieb nehmen müssen, in denen mindestens eine Dementia praecox manifest geworden ist, also mit einem Material, welches ganz sicher für Mendelsche Zahlenverhältnisse nicht ohne weiteres repräsentativ ist und das auch bei beliebiger Größe und unter Vermeidung aller Bevorzugung besonders stark belasteter Geschwisterserien bei der Sammlung nie ohne weiteres repräsentativ werden kann.

Es gilt also für den heutigen Psychiater, will er richtige rechnerische Resultate der Vererbungsforschung erhalten, zunächst eine für Mendelsche Proportionen repräsentative Zusammensetzung des Materials anzustreben, d. h. vor allem jene einseitige Sammlung und Zusammenstellung von stark belastetem Material, also z. B. eine einseitige Bevorzugung von Geschwisterserien mit zwei und mehreren Erkrankungen, zu vermeiden. Das geschieht am besten durch Sammlung eines Materials nach ganz bestimmten gleichbleibenden örtlichen und zeitlichen Bedingungen.

Sodann aber gilt es auch, durch geeignete statistische Behandlung des gewonnenen Materials diejenigen Geschwisterserien mit zu berücksichtigen, in denen nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung Dementia praecox stets latent bleiben muß und daher nicht zur direkten Kenntnis des Psychiaters kommen kann.

Ich habe bereits in meiner früheren Arbeit, Seite 541, die Autoren (Davenport, Bateson, Weinberg) genannt, welche uns gezeigt haben, wie man statistisch jetzt schon ein gegebenes Material zur Untersuchung für das Vorliegen Mendelscher Vererbung verwenden kann.

Seit dieser Zeit hat nun Weinberg neue Methoden ausgearbeitet, die mir in einwandfreier Weise eine Anwendung auf unser Material in reichem Maße zu verdienen scheinen.

Ich habe in zahlreichen Unterredungen mit Herrn Sanitätsrat Weinberg, dem ich für die Zeitopfer, die er mir gebracht, zu großem Danke verpflichtet bin, erkannt, daß seine statistischen Methoden zunächst den Hauptbedürfnissen des Psychiaters durchaus entgegenkommen, daß ihre Anwendung nicht bloß exakt und fruchtbar in den Ergebnissen ist, sondern mir auch zu zahlreichen neuen, exakten Fragestellungen Veranlassung gegeben hat, deren Beantwortung ich durch Nachforschungen, die noch im Gange sind, versuchen will.

Ich bin zur Überzeugung gekommen, daß sie heute zu dem notwendigen Rüstzeug des Psychiaters gehören, der sich mit Vererbungsfragen abgibt, und da mir manches zu Ohren gekommen ist, was dafür spricht, daß Fachkollegen noch in ziemlicher Unkenntnis über die Tatsache befangen sind, daß die Mitarbeit sachkundiger Statistiker notwendig ist, wenn gute Resultate gewonnen werden sollen, und da auch aus der bereits vorhandenen Literatur Beweise genug dafür vorliegen, daß unrichtige Resultate erhalten wurden, weil man sich statistisch unhaltbarer Methoden bediente[1]), möchte ich im folgenden so eingehend als möglich den von Weinberg angegebenen Weg beschreiben, der hier zu gehen ist. Das wird mir um so leichter, als mir der Autor in zuvorkommender Weise Gelegenheit gegeben hat, ihn zum großen Teil selbst sprechen zu lassen.

Zur Gewinnung Mendelscher Proportionen aus einem unvollkommenen Untersuchungsmaterial, wie es für den Menschen zumeist zur Verfügung steht, hat Weinberg die **„Geschwistermethode" und die „Probanden-Methode"** ausgedacht, durch welche insbesondere auch der Mangel an Dementia praecox-freien Geschwisterserien, an dem der Psychiater leidet, behoben wird[2]).

Das Verfahren, insbesondere der Probanden-Methode, die praktisch für den Psychiater allein in Betracht kommt, beruht auf folgender Überlegung:

Wenn wir eine systematische Auslese von rezessiven Fällen vor uns haben, d. h., wenn wir alle rezessiven Fälle, z. B. manifest gewordene Dementia praecox, innerhalb einer Bevölkerung, samt deren gesunden Geschwistern, sammeln oder doch eine richtige Vertretung derselben, welche eine nur vom Zufall bestimmte Auswahl von rezessiven Fällen darstellt, und welche die in der Gesamtheit vorhandene Häufigkeit der Familien mit 1, 2, 3 und mehr rezessiven (für unseren Fall also Dementia praecox-) Kindern richtig wiedergibt (repräsentative Auslese)[3]), so sind wir imstande, den Fehler, der dadurch entstünde, wenn wir uns aus dieser repräsentativen Auslese direkt die Proportionen durch Gegenüberstellung der Summe der Gesunden und Kranken berechnen würden, zu korrigieren.

Vorausgesetzt ist natürlich, daß wir die Zahl der Geschwister der rezessiven Fälle, also die Gesamtfamiliengröße, kennen. „Nun sind die Geschwister

[1]) Übrigens sind auch richtige oder vermeintlich richtige Resultate, die mit unhaltbaren Mitteln und Methoden gefunden wurden, als falsch zu betrachten, wenn mir der Ausdruck gestattet sein soll.

[2]) Eine lichtvolle Darstellung seiner Methoden gibt Weinberg auch im Archiv für Rassen und Gesellschaftsbiologie 1913, Heft 4 und 5 in seinen Aufsätzen: Auslese-Wirkungen bei biologisch-statistischen Problemen. Seite 417 und Seite 557.

[3]) Unter repräsentativem Material, das allein zu vererbungsstatistischem Zwecke verwendet werden darf, verstehen wir also eine Anzahl von Erfahrungen, die in gleicher oder wenigstens mit befriedigender Annäherung ähnlicher Weise zusammengesetzt sind wie die Summe aller Erfahrungen.

der rezessiven Kinder" sagt Weinberg (Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1912, Seite 168) „in ihrer Beschaffenheit von diesen unabhängig und nur von derjenigen der Eltern abhängig". Die Summe der Geschwister der rezessiven Fälle muß daher das Resultat der Kreuzung von heterozygoten Eltern, also $^1/_4$ rezessive Kinder ergeben. Wir brauchen also bloß die Erfahrungen aller einzelnen ermittelten rezessiven Kinder zu summieren, um die Zahl $^1/_4$ zu erhalten, vorausgesetzt natürlich auch, daß beide Eltern frei von der rezessiven Krankheit, also von Dementia praecox, sind. Leidet oder litt einer der Eltern an der rezessiven Krankheit, so wird auf dem gleichen Wege die Zahl $^1/_2$, d. h. gesund und krank zu gleichen Teilen erhalten werden. Unter „Erfahrung", sei noch kurz erläutert, versteht der Statistiker dabei folgendes: Wenn z. B. in einer vierköpfigen Geschwisterserie z. B. a und b Dementia praecox-krank sind, c und d gesund, so sagt der Statistiker, a hat 3 Gesamt-Geschwister-Erfahrungen, auch b, ebenso c und auch d haben jeder für sich 3 Gesamt-Geschwister-Erfahrungen.

Der Kranke a aber hat nur eine kranke Geschwister-Erfahrung, nämlich b, ebenso hat b z. B. 1 kranke und 2 gesunde Geschwister-Erfahrungen usw.

Er sagt aber auch, in der betreffenden Geschwisterserie sind 4 Erfahrungen vorhanden, nämlich 2 kranke (oder positive Erfahrungen, wenn auf Krankheit untersucht wird) und 2 gesunde (negative) Erfahrungen. Schließlich spricht man auch z. B. von Erfahrungen des a, z. B. über seine Gesamtgeschwister und meint damit b, c und d, oder von Erfahrungen des a über seine kranken Geschwister und meint damit dann also b.

Wenn nun die Auslese beschränkt repräsentativ ist, d. h. nur darauf beruht, daß Geschwisterserien mit unsichtbar gebliebenem Kreuzungseffekt in unserem Material fehlen, wie das bei der Kleinheit der menschlichen Familie ja erwartet werden muß[1]), so muß die Geschwistermethode das richtige Resultat ebenso gut ergeben, wie die Verwertung aller positiven (rezessiven) Erfahrungen. Denn eine genügend große derartige repräsentative Auslese aus der Summe der Erfahrungen überhaupt wird, wie diese selbst, in ihrer Zusammensetzung der Wahrscheinlichkeitsrechnung entsprechen, d. h. es werden in ihr zufällige Abweichungen von der Verteilung nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeitsrechnung fehlen, es sei denn, daß bestimmte ursächliche Faktoren eine Störung bedingen.

Um dies zu demonstrieren[2]) habe ich nach Weinberg in nebenstehender Fig. 4 (Seite 14) verschiedene Möglichkeiten der Verteilung der Kinder aus Ehen von rezessiven Homozygoten (R. R.) mit Heterozygoten (D. R.) abgebildet, die sich ergeben müssen, wenn man eine gleichartige Größe aller Familien zu vier Kindern annimmt (linke Hälfte der Fig. 4 auf Seite 14); wir können natürlich ebenso gut eine Größe von 5 oder 7 Kindern usw. annehmen[3]).

Aus der Figur ist zu ersehen, wie häufig das 1., 2., 3. und 4. Kind als rezessiv homozygot, durch schwarze und schraffierte Kreisfläche (● ◍)

[1]) Siehe Figur 2, Seite 9, eingeklammerte Geschwisterserien.

[2]) Ich folge hier zum Teil wörtlich einer Ausführung Weinbergs nach einem Manuskript, das er mir zu diesem Zwecke zur Verfügung gestellt hat.

[3]) Siehe übrigens auch die einfachste Darstellung an 2 Kinder-Serien bei Weinberg, Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1913 Seite 426 und folgende.

Fig. 4 (Erläuterung siehe Seite 13 und folgende).
Möglichkeiten der Verteilung der Kinder aus Ehen von rezessiven Homozygoten (RR) mit Heterozygoten (DR) nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung, bei gleicher Größe aller Familien zu 4 Kindern.
(Nach Weinberg)

● = RR Individuen, die direkt beobachtet, also Probanden sind.

⊙ = DR Individuen.

◍ = RR Individuen, die indirekt beobachtet, also Sekundärfälle sind.

Nr.	Mögliche Kombinationen: 1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	Häufigkeit bei RR×DR-Kreuzung	Bei der Annahme, daß die 2ten, 3ten und 4ten ●-Kinder direkt, durch Zählung ermittelt, also Probanden sind, ergibt sich die Berechnung der Erfahrungen dieser ●-Probanden: Geschwister-Erfahrungen überhaupt (DR+RR-) Geschwister	RR-Geschwister-Erfahrungen (Kranke)
1	◍	●	●	●	1	3 × 3* = 9	3 × 3 = 9
2	◍	●	●	⊙	1	2 × 3 = 6	2 × 2 = 4
3	◍	●	⊙	●	1	2 × 3 = 6	2 × 2 = 4
4	◍	⊙	●	●	1	2 × 3 = 6	2 × 2 = 4
5	⊙	●	●	●	1	3 × 3 = 9	3 × 2 = 6
6	◍	●	⊙	⊙	1	1 × 3 = 3	1 × 1 = 1
7	◍	⊙	●	⊙	1	1 × 3 = 3	1 × 1 = 1
8	◍	⊙	⊙	●	1	1 × 3 = 3	1 × 1 = 1
9	⊙	●	●	⊙	1	2 × 3 = 6	2 × 1 = 2
10	⊙	●	⊙	●	1	2 × 3 = 6	2 × 1 = 2
11	⊙	⊙	●	●	1	2 × 3 = 6	2 × 1 = 2
12	◍	⊙	⊙	⊙	1	0 × 3 = 0	0 × 1 = 0
13	⊙	●	⊙	⊙	1	1 × 3 = 3	1 × 0 = 0
14	⊙	⊙	●	⊙	1	1 × 3 = 3	1 × 0 = 0
15	⊙	⊙	⊙	●	1	1 × 3 = 3	1 × 0 = 0
16	⊙	⊙	⊙	⊙	1	0 × 3 = 0	0 × 0 = 0

Summe der Geschwister überhaupt = 64
„ „ Kranken (RR) = 32 = 50 %
„ „ Gesunden (DR) = 32 = 50 %

Summe der Geschwister überhaupt } 72

Summe der RR-Geschwister } 36 = 50% der Geschwister überhaupt.

* d. h. also je 1 direkt beobachtetes krankes Kind (●) dieser 4 kindrigen Familie (◍●●●) besitzt 3 kranke (○ oder ●) Geschwister.

charakterisiert, auftritt, und wie sich diese verschiedenen Wahrscheinlichkeiten kombinieren.

Zieht man nun zwischen dem 1. und 2. Kind eine gestrichelte Linie, die bedeuten soll, daß die ersten Kinder nicht direkt durch Zählung in einem umgrenzten Zählbezirk ermittelt werden und ihre Beschaffenheit nur indirekt, von den späteren Kindern aus, z. B. auf dem Wege der Anamnese oder der Familienforschung, zu erfahren ist, daß wir also nur die Erfahrungen der späteren Kinder, die wir als Ausgangskranke oder als Probanden[1]) bezeichnen, verwerten können, so ergibt die auf der rechten Hälfte der Fig. 4, Seite 14 ausgeführte Berechnung, daß sich auch dann das Verhältnis 1 : 1 ebenso ergibt, wie wenn wir imstande gewesen wären, auch die Erfahrungen der ersten Kinder über ihre Geschwister mitzuverwerten

Die Erstgeburt ist hier ein rein zufälliges Kennzeichen, das bei genügend großem Material ohne Belang für die Qualität der Kinder ist; die Auslese der Erstgeborenen, wie die der Zweit- bis Viertgeborenen, ist daher eine rein zufällige und daher repräsentativ. Wir können dieses Schema daher auch so auffassen, daß es das Ergebnis einer rein zufälligen Absonderung eines Teiles der Erfahrungen darstellt, wobei die ausgesonderten Individuen rein konventionell den Stempel 1 erhielten. Auch für das Verhältnis 1 : 3 läßt sich derselbe Nachweis führen, doch bedarf er einer räumlichen Darstellung, die über das Format einer gewöhnlichen Seite hinausginge.

Ebenso gut aber, wie man, wie auf Seite 15 und Fig. 4, Seite 14 angenommen ist, die zweiten bis vierten Kinder als direkt beobachtet, d. h. also als Probanden betrachten kann, so kann man auch die ersten Kinder als Probanden betrachten und die zweiten bis vierten Kinder dagegen als mittelbar beobachtete Fälle.

Ein solches Verfahren entspricht sogar besser dem Umstand, daß die Summe der direkt verwertbaren d. h. durch Zählung im Zählbezirk erhobenen Erfahrungen in den meisten Fällen nur einen verhältnismäßig kleinen Bruchteil der möglichen darstellt. Die Berechnung in diesem Falle ist aus Fig. 5, Seite 16 ebenfalls leicht ersichtlich.

Dieses Beispiel bildet einen besonderen Ausgangspunkt für die Darstellung der Art und Weise, wie eine einseitige Auslese entstehen kann.

Nehmen wir nämlich aus den 16 möglichen Kombinationen der Geschwister in Tabelle 5, Seite 16 nur diejenigen heraus, in welchen das erste Kind ein rezessiver Homozygot ist und als direkt beobachtet angesehen wird, so erhalten wir

---

[1]) Als Probanden in statistischem Sinne bezeichnen wir die individuell, direkt in einem zeitlich oder örtlich (z. B. einer Klinik) begrenzten Zählbezirk durch vollständige Zählung erfaßten Merkmalsträger (z. B. Dementia-praecox-Kranke, welche in die Münchner Klinik von 1904—1913 aufgenommen wurden), denen als Sekundärfälle Träger des gleichen Merkmals gegenübergestellt werden, welche nicht durch systematische Zählung in dem betreffenden Zählbezirk, also nicht direkt, sondern indirekt, z. B. durch Nachfrage über die Gesundheitsverhältnisse in der Familie, aus der die Probanden stammen, ermittelt werden. Also z. B. Dementia praecox-kranke Geschwister der Probanden der Klinik, welche noch in München zuhause wohnen, oder welche einmal in der Kreisirrenanstalt München oder in der Heidelberger Klinik, oder in Amerika in einer Anstalt untergebracht waren usw.

Die Sekundärfälle dürfen wir, als Erfahrungen der Probanden nur einmal verwerten.

Dagegen zählt z. B. in einer Geschwister-Serie mit 3 Probanden jeder Proband 2 Probanden-Geschwister-Erfahrungen.

Fig. 5 (Erläuterung siehe Seite 15 und folgende).

Möglichkeiten der Verteilung der Kinder aus Ehen von
a) rezessiven Homozygoten mit Heterozygoten (RR × DR)
b) Heterozygoten untereinander (DR × DR)
bei gleicher Größe aller Familien zu 4 Kindern.

(Nach Weinberg.)

● direkt beobachtete manifeste rezessive Homozygoten (Probanden).
◍ indirekt ermittelte „ „ „ (Sekundärfälle).
◉ gänzlich unermittelte „ „ „
○ gesunde Individuen.

Geschwister-Kombinationen		Relative Häufigkeit aus DR×RR-Kreuzungen, wenn alle RR manifest	Erfahrungen über die Zusammensetzung der Geschwister für die				Relative Häufigkeit aus DR×DR-Kreuzungen, wenn alle RR manifest	Erfahrungen über die Zusammensetzung der Geschwister für die			
			direkt beobachteten Fälle allein; richtige Methode		für alle ermittelten Fälle; falsche Methode			direkt beobachteten Fälle allein; richtige Methode		für alle ermittelten Fälle; falsche Methode	
Nr.	Art		Summe	RR	Summe	RR		Summe	RR	Summe	RR
1	● ◍ ◍ ◍	1	1×3	1×3	4×3	4×3	1	1×1×3	1×1×3	1×4×3	1×4×3
2	● ◍ ◍ ○	1	1×3	1×2	3×3	3×2	3	3×1×3	3×1×2	3×3×3	3×3×2
3	● ◍ ○ ◍	1	1×3	1×2	3×3	3×2	3	3×1×3	3×1×2	3×3×3	3×3×2
4	● ○ ◍ ◍	1	1×3	1×2	3×3	3×2	3	3×1×3	3×1×2	3×3×3	3×3×2
(5)	○ ◉ ◉ ◉	1					3				
6	● ◍ ○ ○	1	1×3	1×1	2×3	2×1	9	9×1×3	9×1×1	9×2×3	9×2×1
7	● ○ ◍ ○	1	1×3	1×1	2×3	2×1	9	9×1×3	9×1×1	9×2×3	9×2×1
8	● ○ ○ ◍	1	1×3	1×1	2×3	2×1	9	9×1×3	9×1×1	9×2×3	9×2×1
(9)	○ ◉ ◉ ○	1					9				
(10)	○ ◉ ○ ◉	1					9				
(11)	○ ○ ◉ ◉	1					9				
12	● ○ ○ ○	1	1×3	1×0	1×3	1×0	27	27×1×3	27×1×0	27×1×3	27×1×0
(13)	○ ◉ ○ ○	1					27				
(14)	○ ○ ◉ ○	1					27				
(15)	○ ○ ○ ◉	1					27				
(16)	○ ○ ○ ○	1					81				
			24	12	60	36		192	48	336	120
				=		=			=		=
				50%		60%			25%		35,7%

im ganzen 8 Arten Familien, nämlich Nr. 1—4, 6—8 und 12, welche durch die Beobachtung rezessiver d. h. kranker erstgeborener Homozygoten als statistisch erfaßt, weil unmittelbar beobachtet oder gezählt, zu betrachten sind, während die Familien (5), (9—11), (13—16) sich überhaupt der Erkenntnis entziehen.

Wir können dabei ebenso gut, wie wir annehmen, daß ● z. B. erstgeborene Dementia praecox sind, z. B. annehmen, daß es in der Klinik durch Zählung ermittelte Dementia praecox-Fälle, Probanden, sind, ◍ aber indirekt auf dem Wege der Familienforschung, also nicht durch Zählung in der Klinik ermittelte Fälle von Dementia praecox, sondern sog. Sekundärfälle sind, sagen wir z. B. Fälle, die nie in der Klinik, wohl aber in anderen Anstalten oder auch in der eigenen Familie verpflegt worden sind.

◍ wären dann Fälle von Dementia praecox, die zwar auch in der Bevölkerung existieren, aber deshalb nicht zur Kenntnis der Klinik kamen, weil sie weder selbst in die Klinik gebracht wurden, noch eines ihrer kranken Geschwister, durch das die Klinik dann erst hätte von allen in der Sippschaft vorhandenen Dementia praecox-Geschwistern etwas erfahren können.

Die späteren Kinder der ersten Gruppe sind durch Schraffierung als lediglich durch weitere Nachforschung ermittelte Sekundär-Fälle von Erkrankung gekennzeichnet, während die kranken rezessiven Homozygoten in den überhaupt nicht erfaßten Familien (5), (9) bis (11), (13) bis (16) durch Punktierung angedeutet sind.

Werfen wir nun in den Familien der statistisch erfaßten Familien der ersten Gruppe (1—4, 6—8 und 12) die Geschwister-Erfahrungen der direkt beobachteten (d. h. gezählten) ersten Kinder und der sekundär erfaßten, in unserem Beispiel durch Familienforschung ermittelten, zweiten bis vierten Kinder zusammen und rechnen hinüber und herüber, so ergibt die Berechnung (falsche Methode!) ein Verhältnis von 60 rezessiven Homozygoten auf 100 Kinder statt 50%, wie wir es bei DR mal RR-Kreuzungen erwarten sollten, und ein Verhältnis von 35% rezessiven Homozygoten auf 100 Geschwister, anstatt von 25%, wie man es bei DR mal DR-Kreuzungen erwartet. Da das ganze Material, von dem wir nur einen Teil erfassen konnten, tatsächlich die richtigen Verhältniszahlen ergibt, so ersehen wir ohne weiteres, daß es sich hier um ein sicher falsches Verhältnis handeln muß, und die Tatsache, daß die gefundenen Verhältniszahlen über die klassischen Mendelzahlen erheblich hinausgehen, ist geeignet, uns in dieser Erkenntnis zu unterstützen.

So einfach und dem Verständnis günstig ist aber die Sachlage keineswegs immer.

Gesetzt den Fall, daß das Sichtbarwerden einer rezessiven Eigenschaft infolge äußerer Einflüsse nicht in allen Fällen eintritt, sondern nur in einem Teil der Fälle, so daß manifeste Homozygoten aus der Kreuzung DR mal RR nur $^1/_3$ statt $^1/_2$ und aus DR mal DR nur $^1/_6$ statt $^1/_4$ manifeste Träger des Merkmals hervorgehen, dann erhalten wir für die Gesamtheit der Familien folgende, in Fig. 6, Seite 18 dargestellte Verteilung nach der Wahrscheinlichkeitsberechnung[1]). Und wenn wir nun wiederum in den erfaßbaren Familien 1—4, 6—8 und 12 die Erfahrungen sämtlicher Kinder mit dem sichtbaren rezessiven Merkmal

[1]) Siehe auch die Anwendung der Geschwister- und Probanden-Methode bei sozial beeinflußten Eigenschaften bei Weinberg, Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie

Fig. 6. (Erläuterung siehe Seite 17 und folgende.)

Einfluß von Milieu-Wirkungen auf das Ergebnis der Probanden-Methode.

(Nach Weinberg.)

● manifeste direkt beobachtete RR-Individuen.
◍ „ indirekt ermittelte RR- „
◉ nicht ermittelte RR- „
○ latente RR, sowie alle anderen Typen.

Geschwister-Kombinationen		Relative Häufigkeit aus DR×RR-Kreuzungen, wenn nur % aller RR manifest werden	Erfahrungen über die Zusammensetzung der Geschwister für				Relative Häufigkeit aus DR×DR-Kreuzungen, wenn nur % aller RR manifest werden	Erfahrungen über die Zusammensetzung der Geschwister für			
			die direkt beobachteten RR allein;		alle ermittelten RR-Fälle;			die direkt beobachteten RR allein;		alle ermittelten RR-Fälle;	
Nr.	Art		richtige Methode		falsche Methode			richtige Methode		falsche Methode	
1	● ◍ ◍ ◍	1	1×3	1×3	1×4×3	1×4×3	1	1×3	1×3	1×4×3	1×4×3
2	● ◍ ◍ ○	2	2×3	2×2	2×3×3	2×3×2	5	5×3	5×2	5×3×3	5×3×2
3	● ◍ ○ ◍	2	2×3	2×2	2×3×3	2×3×2	5	5×3	5×2	5×3×3	5×3×2
4	● ○ ◍ ◍	2	2×3	2×2	2×3×3	2×2×3	5	5×3	5×2	5×3×3	5×3×2
(5)	○ ◉ ◉ ◉	2					5				
6	● ◍ ○ ○	4	4×3	4×1	4×3×2	4×2×1	25	25×3	25×1	25×2×3	25×2×1
7	● ○ ◍ ○	4	4×3	4×1	4×2×3	4×2×1	25	25×3	25×1	25×2×3	25×2×1
8	● ○ ○ ◍	4	4×3	4×1	4×2×3	4×2×1	25	25×3	25×1	25×2×3	25×2×1
(9)	○ ◉ ◉ ○	4					25				
(10)	○ ◉ ○ ◉	4					25				
(11)	○ ○ ◉ ◉	4					25				
12	● ○ ○ ○	8	8×3	8×0	8×1×3	8×1×0	125	125×3	125×0	125×1×3	125×1×0
(13)	○ ◉ ○ ○	8					125				
(14)	○ ○ ◉ ○	8					125				
(15)	○ ○ ○ ◉	8					125				
(16)	○ ○ ○ ○	16					625				
			81	27	162	72		648	108	972	252
				= 33,3%		= 44 %			= 16,7%		= 25,9 %

berechnen, so erhalten wir ein Verhältnis von 44% aus DR mal RR und von 25,9% aus DR mal DR, das dem Verhältnis 1 : 1 bzw. 1 : 3 sehr nahe steht, und wir sind dann geneigt, diese Art der Berechnung für richtig zu halten, weil sie uns ein den klassischen Mendelzahlen sehr nahes Verhältnis vortäuscht. Das vorhin aufgeführte Beispiel, an dem wir jedoch die Falschheit des Verfahrens erkannten, muß uns aber in diesem Falle wichtiger sein, als das Streben, ein klassisches Verhältnis mit aller Gewalt herauszurechnen, und wir dürfen eine Methode in einem Fall, die wir als falsch erkannten, wo sie uns unrichtige Verhältnisse lieferte, nicht in anderen Fällen als legitim betrachten, weil sie uns hier auf den ersten Anschein befriedigende Resultate liefert. Wir müssen uns vielmehr klar machen, daß wir immer danach streben müssen, die Verhältnisse bei der Gesamtheit der Erfahrungen zu ermitteln, gleichgültig, ob sie mit den typischen Mendelzahlen übereinstimmen oder nicht. Und das bei der Gesamtheit der Erfahrungen herrschende Verhältnis erhalten wir in diesem Falle, wie im vorhergehenden Beispiel (siehe die Rubriken: richtige Methode auf den Fig. 5 und 6), wenn wir nur diejenigen Erfahrungen verwerten, welche die ausschließlich als Ausgangsindividuen oder Probanden in Betracht kommenden ersten Kinder über ihre Geschwister liefern. Und diese liefern ebenso wie die Verwertung des gesamten erfaßbaren und nicht erfaßbaren Materials die Verhältnisse $^1/_3$ bzw. $^1/_6$[1]). Wenn wir uns nicht auf diese Erfahrungen beschränken, sondern auch diejenigen Erfahrungen der zweiten bis vierten Kinder verwerten, welche aus Familien mit ersten Kindern stammen, die alle einen positiven Befund aufweisen, so begehen wir eine einseitige Auslese und damit gewissermaßen einen Diebstahl auf Kosten der Erfahrungen der Gesamtheit der zweiten bis vierten Kinder, die ebenso wie die der ersten Kinder allein in diesem Falle das Verhältnis 1 : 2 ergeben müssen. Es ist anzunehmen, daß eine eingehende Kritik des bisher vorliegenden Vererbungsmaterials beim Menschen auf Grund der dargelegten Methode bei genauerer Betrachtung manche „Resultate" als auf einer derartigen einseitigen Auslese beruhend aufdecken wird.

Wir dürfen bei der Untersuchung von Vererbungsfragen nicht vergessen, daß es nicht die ausschließliche Aufgabe der menschlichen Vererbungsforschung sein kann, die klassischen Mendelzahlen nachzuweisen. (Vergleiche dazu meine

---

[1]) Daß dem so ist, erkennen wir, wenn wir die Erfahrungen der manifesten rezessiven Homozygoten in den nicht erfaßbaren Familien (5), (9)—(11) und (13)—(15) berechnen. Wir erhalten hier beispielsweise aus DR mal DR aus Kombination (5) insgsamt $5 \times 3 \times 3$ Geschwister mit $5 \times 3 \times 2$ manifesten RR

aus	(9)	$25 \times 2 \times 3$	$25 \times 2 \times 1$
„	(10)	$25 \times 2 \times 3$	$25 \times 2 \times 1$
„	(11)	$25 \times 2 \times 3$	$25 \times 2 \times 1$
„	(13)	$125 \times 1 \times 3$	$125 \times 1 \times 0$
„	(14)	$125 \times 1 \times 3$	$125 \times 1 \times 0$
„	(15)	$12 \times 1 \times 3$	$125 \times 1 \times 0$
zusammen also auf		1620	180 R R oder nur 11,1 %

gegenüber 25,9 % in den erfaßten Familien und sehen somit, daß die erfaßten Familien bei Zusammenwerfen der Erfahrungen der direkt beobachteten und erst indirekt ermittelten Personen kein repräsentatives Verhältnis ergeben.

Addieren wir diese 1620 und 432 positiven Erfahrungen zu den 972 und 252 der ersten Gruppe, so ergeben sich für das gesamte Material als Erfahrungen über sämtliche Geschwister 432: 2592 oder 1: 6, was mit der statistischen Ausrechnung aller Familienglieder sich deckt.

eingehenden Ausführungen darüber in meiner früheren Arbeit.) Darüber ist ja ohnehin wohl kein ernstlicher Zweifel mehr, daß da, wo Vererbung beim Menschen in Betracht kommt, sie sich ebenso nach den Mendelschen Regeln richtet, wie bei anderen Lebewesen. Weit wichtiger ist für uns die Frage, inwieweit Abweichungen von den klassischen Zahlen vorkommen, denn die Größe dieser Abweichung ist imstande, einen Anhaltspunkt dafür zu liefern, wie weit bei dem Zustandekommen einer Erscheinung neben erblichen Faktoren auch äußere Einwirkungen mitsprechen, und eine derartige Feststellung ist wiederum nur dann möglich, wenn wir uns bestreben, uns einer möglichst exakten, jede unberechtigte Konzession vermeidenden Methodik zu bedienen. Hierzu gehört in erster Linie das Streben nach Vermeidung jeder einseitigen Auslese, und dieses wird wiederum nur dann erfolgreich sein, wenn wir uns immer mehr der Quellen einer solchen einseitigen Auslese bewußt zu werden suchen und damit in den Stand gesetzt werden, sie zu vermeiden.

Es sei mir, der großen methodologischen Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechend und um zu verhindern, daß auch in Psychiaterkreisen die Berechnungen von Mendelschen Proportionen auf falsche Fährte geraten, gestattet, Weinberg zu Worte kommen zu lassen über denselben Gegenstand, den er bereits an anderem Orte, in etwas anderer Fassung, besprochen hat (Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1912, Seite 695). Es handelt sich wiederum um die Erläuterung, warum wir zu unterscheiden haben zwischen solchen Individuen, die wir als Ausgangspersonen oder Probanden, d. h. direkt, im Zählbezirk selbst erfaßte Kranke betrachten und deren Erfahrungen über ihre Verwandtschaft man verwerten und zwischen sekundären, als Geschwister solcher Probanden wohl durch Forschung, aber nicht direkt durch Zählung im Zählbezirk ermittelten kranken Individuen, deren Erfahrungen über ihre Verwandtschaft man nicht verwerten darf.

Gesetzt, es seien alle Individuen einer sehr großen, s Individuen enthaltenden Bevölkerung bekannt, die in einem einzigen Kalenderjahr, sagen wir 1912, an Dementia praecox erkrankten. Diese Individuen sind also Probanden und ihre Anzahl sei $a + b$. Wenn wir nun alle Geschwister derselben ermitteln, die im Jahre vorher, also 1911 lebten, und deren Anzahl ebenfalls $a + b$ sei, und nun bei b dieser Geschwister 1911 ebenfalls Dementia praecox auftrat, so haben wir also b Geschwisterpaare, die in je eines der Jahre fallen. Wir dürfen nun nicht die Erfahrungen dieser Geschwisterpaare doppelt rechnen, also rechnen $a + 2\,b$ Demente haben unter $a + 2\,b$ Geschwistern $2\,b$ demente Geschwister, wir müssen vielmehr sagen, die $a + b$ Dementen des Jahres 1912 hatten 1911 unter $a + b$ Geschwistern b Demente, und die letzteren sind nur „weitere Geschwister" bzw. weitere Verwandte. Denn wir würden sonst die Statistik des Jahres 1912 einseitig mit positiven Fällen des Jahres 1911 belasten, dessen negative Fälle wir nicht mit erfaßt haben.

Nehmen wir an, es seien im Jahre 1911 ebenfalls $a + b$ Demente vorhanden gewesen, die 1912 $a + b$ Geschwister hatten, so sehen wir, daß die Zusammenlegung der Erfahrungen von 1911 und 1912 wieder das Verhältnis $\frac{2\,a}{2\,a + 2\,b}$ oder $\frac{a}{a + b}$ ergibt.

Würden hingegen 2 demente Geschwister in den Zählungsjahren 1912 erkrankt sein, so wären beide gleichzeitig Probanden und Sekundärfälle.

Beschränken wir die Untersuchung auf ein unendlich kleines Zeitdifferential, so wird also letzterer Fall nie vorkommen; dehnen wir die Untersuchung auf einen sehr großen Zeitraum aus, sagen wir von Entstehung bis Untergang der Welt, so werden sämtliche dementen Geschwisterpaare oder Gruppen sowohl als Probanden wie als weitere Geschwister zu betrachten sein, wenn alle Individuen durch ein und dieselbe Zählkarte erfaßt werden.

Auch bei einer repräsentativen Zählung muß dieser Unterschied zwischen Probanden und weiteren Geschwistern oder Sekundärfällen aufrecht erhalten werden, und um ihn durchzuführen, müssen wir danach fragen, ob alle Fälle einer und derselben Quelle entstammen.

Wenn wir die Demenzfälle innerhalb einer Anstalt alle aussuchen oder nur jeden zweiten herausnehmen, so sind das repräsentativ ausgesuchte Probanden, nicht aber ihre außerhalb der Anstalt befindlichen Geschwister, von denen wir nicht durch ein systematisches Zählverfahren wie im ersten Falle, sondern durch ein besonderes Familienforschungs-Verfahren außerhalb der Anstalt Kenntnis erhielten, welches die weiteren solitären Demenzfälle der außerhalb der Anstalt lebenden Bevölkerung nicht zu erfassen vermag.

Wie die obige Rechnung ergab, ist das falsche Verhältnis $\frac{2\,b}{a+2\,b}$ und dieses ist stets größer als das richtige Verhältnis $\frac{a}{a+b}$.

Wir können die einzuhaltenden Regeln der Probandenmethode dahin zusammenfassen: **Die Probanden, d. h. direkt durch Zählung in einem Zählbezirk (z. B. einer Klinik) ermittelten Kranken müssen entweder das ganze Material dieses Zählbezirkes enthalten oder aus diesem durch eine rein zufällige Auslese gewonnen sein,** d. h. z. B. jede zweite oder dritte oder vierte Anstalts-Aufnahme der zu untersuchenden Krankheit. **Es dürfen ferner nur die Erfahrungen der Probanden über ihre Geschwister, nicht aber die Erfahrungen der Probanden über sich selbst gezählt werden. Umgekehrt dürfen bei den in der Verwandtschaft der Probanden ermittelten Individuen mit Krankheits-Befund nur die Erfahrungen über sich selbst als sekundäre Fälle, nicht aber die über ihre Geschwister gezählt werden. Eine Ausnahme kommt nur dann in Betracht, wenn die Geschwister von Probanden selbst Probanden sind, d. h. wenn sie aus derselben genau umgrenzten Quelle, aus demselben Zählbezirk und mit demselben, lediglich eine Auslese des Zufalls darstellenden Verfahren gewonnen wurden, d. h. wenn sie auch ohne die Durchführung einer Verwandtschaftsuntersuchung, rein durch die Ermittlung im Zählbezirk, zur Kenntnis des Forschers gekommen wären.**

Inzwischen hat Weinberg seine Methode nochmals ausführlich in seinen „Auslese-Erscheinungen bei biologisch-medizinischen Problemen" erläutert. Ein weiterer kurzer Nachtrag dazu ist, wie ich höre, bereits im Manuskript fertig und wird wohl ebenfalls im Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie erscheinen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze kommen wir dann zu der in umstehender Tabelle 7 Seite 22 enthaltenen Form der Aufbereitung und Ver-

rechnung des Materials. Wir erhalten also hier, wo die falsche Rechnung der klassischen Mendelzahl nahe steht, bei richtiger Rechnung eine ziemlich kleinere Zahl und dürfen uns dadurch nicht irre machen lassen.

Tabelle 7 (zu S. 21 und 22).

Beispiel der Aufbereitung eines Materials nach Weinbergs Probanden-Methode.

Familie	Kinderzahl	Positive Fälle dementer Geschwister			Falsche Rechnung		Richtige Rechnung	
		Summe	Probanden	Sekundärfälle	Geschwister	Positive Fälle	Geschwister	Positive Fälle
1	7	2	1	1	$2 \times 6 = 12$	$2 \times 1 = 2$	$1 \times 6 = 6$	$1 (0 + 1) = 1$
2	6	1	1	—	$1 \times 5 = 5$	$1 \times 0 = 0$	$1 \times 5 = 5$	$1 (0 + 0) = 0$
3	8	3	1	2	$3 \times 7 = 21$	$3 \times 2 = 6$	$1 \times 7 = 7$	$1 (0 + 2) - 2$
4	5	1	1	—	$1 \times 4 = 4$	$1 \times 0 = 0$	$1 \times 4 = 4$	$1 (0 + 0) = 0$
5	7	2	2	—	$2 \times 6 = 12$	$2 \times 1 = 2$	$2 \times 6 = 12$	$2 (1 + 0) = 2$
6	8	1	1	—	$1 \times 7 = 7$	$1 \times 0 = 0$	$1 \times 7 = 7$	$1 (0 + 0) = 0$
7	9	3	2	1	$3 \times 8 = 24$	$3 \times 2 = 6$	$2 \times 8 = 16$	$2 (1 + 1) = 4$
8	4	1	1	—	$1 \times 3 = 3$	$1 \times 0 = 0$	$1 \times 3 = 3$	$1 (0 + 0) = 0$
9	2	2	1	1	$2 \times 1 = 2$	$2 \times 1 = 2$	$1 \times 1 = 1$	$1 (0 + 1) = 1$
10	12	4	1	3	$4 \times 11 = 44$	$4 \times 3 = 12$	$1 \times 11 = 11$	$1 (0 + 3) = 3$
		20	12	8	134	30	72	13
						also 22% positiver Fälle		also 18% positiver Fälle

In bin mir seit langem der Fälschung der Vererbungsresultate, welche ein einseitig gesammeltes Material ergeben muß, bewußt gewesen und habe daher, seitdem ich die Sammlung mit größeren Mitteln betreibe, stets nach Grundsätzen gearbeitet, die mit den von Weinberg statistisch geforderten und begründeten im Einklang stehen.

Das Material ist somit zur statistischen Verarbeitung nach der von Weinberg ausgearbeiteten Methode geeignet.

Als Krankheit habe ich dabei zunächst in besonders intensiver Weise die Dementia praecox gewählt. Ein ähnliches Material für andere Krankheiten geht seiner Vollendung entgegen.

Die Dementia praecox ist von allen Krankheiten, bei denen wir eine erbliche Entstehung vermuten dürfen, noch am sichersten zu konstatieren. Wir haben bei ihr nicht bloß ein vorübergehendes Symptomenbild als Kriterium zur Verfügung, sondern in einer ungeheuren Zahl von Fällen auch einen typischen Ausgang. Der Verlauf dauert zumeist lange, ermöglicht also eine ausgedehnte Beobachtungszeit und gibt wieder und wieder Gelegenheit zur Überprüfung der Diagnose. Ihr erblicher Charakter, allerdings in verschiedenem Sinne bei den verschiedenen Autoren (siehe Mott, Kraepelin und viele andere) wird stark betont.

Daß zunächst in großem Stile nur die Dementia praecox als Ausgangspsychose für die gegenwärtige Arbeit gewählt wurde hat seinen Grund darin, daß ich vorerst jeder Verwässerung desjenigen Objektes, das vererbt wird, aus dem Wege gehen wollte.

Es ist mir interessant, nachträglich bei Plate eine Billigung dieser Grundsätze zu finden, die mich vor Jahren zur Sammlung von Dementia praecox-Fällen veranlaßten. Plate, der erfahrene Vererbungs-Theoretiker und -Praktiker schreibt Seite 313: „Eine Schwierigkeit" (wir werden später noch eingehender auf sie zu sprechen kommen), „besteht darin, daß dieselbe Krankheit in ihren Symptomen von Generation zu Generation wechseln kann und man daher nicht immer sicher ist, ob dasselbe spezifische Leiden vorliegt, oder ob ein anderes ähnliches in den betreffenden Familien neu hinzugekommen ist. Diese Schwierigkeit ist besonders groß auf dem Gebiete der Psychiatrie und Nervenleiden. Ich habe schon früher (§ 15) auf diese Erscheinung hingewiesen und sie als „generelle Vererbung" bezeichnet. Bei der Erblichkeitsforschung sollte der Untersucher den Begriff der Krankheit zunächst eng fassen und nur unbedeutende Variationen zulassen". Die Mahnung zu einem solchen, von mir seit lange befolgten und vorgeschlagenen Vorgehen ist um so beachtenswerter, als derselbe Autor sich der großen Schwierigkeiten bei der Untersuchung der Vererbung von Geistesstörungen voll bewußt ist, da er Seite 376 schreibt: „Auf die echten Geisteskrankheiten wage ich die Mendelsche Analyse noch nicht auszudehnen, weil der Ausbruch oft erst im späteren Lebensalter erfolgt und außerdem auslösende Reize eine große Rolle spielen und diese beiden Umstände, sowie die Wandelbarkeit der Symptome, eine sichere Beurteilung sehr erschweren." Plate teilt also die Gründe, aus denen ich z. B. ein Material mit der Diagnose „Schwachsinn" oder „feeblemindedness" (Goddard) als sowohl klinisch, wie ätiologisch viel zu verschieden und daher ungeeignet als Ausgangsmaterial für grundlegende Vererbungsstudien betrachten muß, währenddem wohl die Fälle typischer Dementia praecox-Erkrankung, die in der vorliegenden Arbeit zur Verwendung kamen, diesem Einwand nicht oder weit weniger ausgesetzt sein dürften.

Ich will übrigens sogleich noch beifügen: Selbst wenn man auf dem Standpunkt der allgemeinen Gültigkeit der generellen Vererbung auf dem Gebiete der Psychosen steht, liegt durchaus kein Grund vor, von meiner umschriebenen Untersuchungsart einer klinisch gut umgrenzten Krankheitsentität abzugehen, da auch diese Abgegrenztheit gewisser klinisch eigenartiger Störungen zweifellos einen Grund hat und möglicherweise selbst innerhalb der Grenzen der Annahme einer generellen Vererbung wiederum nach Mendelschen Prinzipien ihre Erklärung finden kann. Ich werde darauf zurückkommen.

Eine große Materialserie, die als repräsentative Auslese gelten kann, wurde in der Weise gewonnen, daß statistisch gesprochen wahllos, das heißt rein nach Sicherheit der Diagnose, ganz abgesehen von allen Belastungsfragen, sämtliche Fälle von Dementia praecox-Erkrankung gesammelt wurden, welche seit Bestehen der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses links der Isar (1898—1904) und der Münchener Klinik (Herbst 1904) in diese Anstalten aufgenommen wurden; ferner solche Fälle, welche in den ersten Jahren des Bestehens der alten Kreisirrenanstalt München dort aufgenommen und mir von Herrn Professor Kraepelin, Medizinalrat Direktor Dr. Vocke und Hofrat Dr.

Rehm, in einer gemeinsamen Beratung, als Fälle bezeichnet worden waren, die sie aus eigener Anschauung als Verblödungsprozesse im Sinne der Dementia praecox kannten und nachdem ich mich selbst durch Einholen der Krankengeschichten von dem weiteren Verlauf im Sinne einer Dementia praecox überzeugt hatte. Auch hier wurde also rein nach Gründen sicherer Diagnose ausgelesen, auf Belastung also nicht geachtet. Nur die genannten Fälle wurden zu hereditär-statistischen Zwecken verwendet.

Daneben verdanke ich der Güte der Herren Anstaltsdirektoren: Medizinalrat Vocke (Eglfing), Medizinalrat Feldkirchner (Regensburg), Direktor Kolb (Erlangen), Direktor Kundt (Deggendorf), Direktor Dees (Gabersee), Hofrat Rehm (Neufriedenheim), noch eine Reihe, vom kasuistischen Gesichtspunkte der Erblichkeit aus besonders interessanter Fälle, um deren Überlassung ich gebeten hatte. Sie wurden aber in das zu hereditär-statistischen Zwecken verwendete Material nicht einbezogen, außer dann, wenn sie selbst oder eines ihrer Verwandten als Dementia praecox-Fälle in der Münchener Klinik gewesen waren. Denn in diesem Falle mußten sie natürlich auch in das statistische Material einbezogen werden, da ja, wie aus den früheren Ausführungen ohne weiteres hervorgeht, eine einseitige systematische Ausscheidung interessanter, das heißt schwer belasteter Fälle vom statistischen Gesichtspunkte aus ebenso unstatthaft ist, wie die unbewußte oder geflissentliche systematische Beiseitelassung von Erkrankungsfällen, die vereinzelt in der Familie, das heißt in der Geschwister-Serie, vorgekommen sind.

Die Dementia praecox habe ich dabei als Krankheitsbegriff und Symptomenkomplex so weit gefaßt, wie dies Kraepelin tut. Die von ihm in neuerer Zeit als Paraphrenien abgegrenzten Formen wurden nicht in das Ausgangsmaterial eingeschlossen[1]). Diese Fassung ist wohl die gegebene. Der Kraepelinsche Begriff ist bekannt und weithin anerkannt; mein Hauptausgangsmaterial stammt, besonders das zu hereditär-statistischem Zwecke verwendete, aus der Münchener Klinik und aus Eglfing, wo im großen und ganzen in einheitlicher Weise diagnostiziert wird. Die Kranken wurden katamnestisch bis auf die jüngste Zeit im Auge behalten und Fälle, die sich als Fehldiagnosen herausgestellt hatten oder die wegen zu kurzer Beobachtungszeit diagnostisch noch nicht als endgültig geklärt angesehen werden konnten, aus dem Material ausgeschieden.

Das syndromale Vorkommen der Hauptsymptome der affektiven Schwäche, der eigenartigen Willensstörung, des schizophrenen Denkens im Sinne Bleulers oder der intrapsychischen Ataxie im Sinne Stranskys, in den allermeisten Fällen auch des verhältnismäßig frühen Beginns und des Ausbleibens einer Heilung, das heißt der fehlenden oder mangelhaften Wiederherstellung der früheren Persönlichkeit, wurde als maßgebend für die Diagnose angesehen, so daß stets das Vorkommen mehrerer dieser Grundstörungen nebst sonstigen Anhaltspunkten zur Sicherung der Diagnose verlangt wurde. Diese Vorsicht wurde nicht bloß bei den in der Klinik und in Eglfing beobachteten Fällen angewendet, sondern auch bei den durch weitere Forschung ermittelten Fällen (Sekundär-Fällen), welche noch nie in unserer Klinik waren, sondern sei es in anderen Anstalten

[1]) Ich bin damit auch zunächst dem Vorschlag im Bericht der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie gefolgt, welche in Nr. 11 ihrer Einteilungsvorschläge die endogenen Verblödungen in a) Dementia praecox und b) paranoide Schwachsinnsformen trennt. Die Paraphrenien bin ich im Begriff zunächst getrennt zu verarbeiten.

untergebracht und in Krankengeschichten beschrieben waren, sei es durch genaue Schilderungen von Beobachtern außerhalb von Anstalten oder durch eigenen Augenschein gewonnen wurden.

Hinsichtlich der Verwendbarkeit der älteren Krankheitsgeschichten, oder von solchen fremder Anstalten überhaupt in unserer Frage kann ich mich nach meinen Erfahrungen nur den Worten Mönkemöllers anschließen, wenn mich auch die in ihnen zum Ausdruck kommende Anschauung über eine positive Verwertbarkeit der Dementia praecox-Schilderungen aus älterer Zeit trotzdem keineswegs die größte Vorsicht in jedem Einzelfalle außer acht lassen hieß. Mönkemöller sagt: (Seite 133) „Die Rekonstruktion eines Krankheitsbildes aus alten Krankengeschichten, die Beurteilung von Psychosen, die seinerzeit mit anderen Augen angesehen wurden und dementsprechend auch unbewußt in anderer Prägung verewigt wurden, hat ihre großen Bedenken. Erleichtert wird sie allerdings dadurch, daß gerade die wunderlichen Bilder, die die wichtigste Krankheitsform, die Dementia praecox, zu schaffen vermag, auch zu einer Zeit, in der man diesem Krankheitsbild noch nicht das klinische Bürgerrecht gönnte, eine lebhafte Schilderung herausforderte, so daß eine leidliche Abgrenzung des Wesentlichen vom Unwesentlichen möglich wird."

Ich habe schon in meiner früheren Arbeit angedeutet, auf wie zahllose Punkte die Materialsammlung und Erforschung von Zusammenhängen gerichtet sein und wie das eingehende Material geordnet und zweckmäßig tabellarisch übersichtlich zusammengestellt werden kann. Die Technik der Materialerhebung war im allgemeinen die, daß nicht bloß die Kranken selbst, sofern sie Auskunft geben konnten, sondern auch möglichst viele ihrer nächsten und entfernten Verwandten, sei es persönlich, sei es durch Korrespondenz befragt wurden und zwar sowohl über gesundheitliche, als auch genealogische Daten. Als weitere Quellen wurden benutzt: die Standesämter, Pfarrmatrikel, Nachlaßakten, Vormundschaftsakten Ehescheidungsakten, die eigenen und fremden Krankheitsgeschichten und Personalakten der Kranken, Familien-Stammbäume und Chroniken, Strafakten, Polizeiakten, Hausakten der Gefängnisse, Strafregister, Militärakten, Unfallakten usw. So wurden einseitige Berichte über den Gesundheitszustand in der Familie möglichst vermieden.

Jeder Proband erhielt einen besonderen Akt, in dem seine eigenen und die Daten seiner Familienangehörigen gesammelt und geordnet wurden. Die hauptsächlichen, orientierenden Daten wurden überdies in eine Verwandtschaftstafel (kombinierte Ahnen- und Nachkommentafel) übersichtlich eingetragen.

Bei der Sammlung wurden möglichst alle den Psychiater interessierenden Einzelheiten berücksichtigt, insbesondere auch sorgfältige Abschriften der Krankengeschichten von geistig erkrankten Verwandten unserer Kranken angefertigt.

Da es sich bei der Erforschung der Proportionen aber um ein sehr großes Material und um dessen Zusammenordnung nach besonderen Gesichtspunkten, die noch weiterhin besprochen werden sollen, handelt, so wurden von mir aus dem Urmaterial, das später noch anderen Zwecken zu dienen haben wird, auf den Rat Weinbergs die auf Seite 26 Tabelle 8 abgedruckten Zählkarten angefertigt, um die ganze Aufbereitung des Stoffes für bestimmte, abgegrenzte Untersuchungen zu erleichtern.

Tabelle 8.

F. Nr. = Familiennummer.
Kz = Kinderzahl (d. h. Geschwisterzahl im ganzen).
G. Nr. = Geburten-Nummer.
D. pr. und A Gkt unter Geschwistern = Dementia praecox und andere Geisteskrankheiten unter den Geschwistern (Anzahl).
V. = Vater.
M. = Mutter.
A Psych. = Andere Psychose.
T U = Todesursache.
1. G. = ersten Grades.
2. G. = zweiten Grades.
Halb = sind Halbgeschwister vorhanden.

F. Nr. / Geschlecht	Kz	G. Nr.	D. pr. unter	A Gkt Geschwistern	V	M
					Zeugungsalter	
Proband	D. pr. Geschw.	A Psych.	Abnormität	Geburtsjahr	† Jahre alt	T U
Beginn						
Vaters Sterbealter Sterbejahr	Mutters Sterbealter Sterbejahr	Vettern 1. G.	Vettern 2. G.	Onkel Tante	V	M
					Zeugungsdauer	
T U	T U	Abnormitäten				
Potus						
Geisteskrankheit						
Abnormität						Halb

F. Nr. / Geschlecht	Kz	G. Nr.	D. pr. unter	A Gkt Geschwistern	V	M
					Zeugungsalter	
Proband	D. pr. Geschw.	A Psych.	Abnormität	Geburtsjahr	† Jahre alt	T U
Beginn						
Vaters Sterbealter Sterbejahr	Mutters Sterbealter Sterbejahr	Vettern 1. G.	Vettern 2. G.	Onkel Tante	V	M
					Zeugungsdauer	
T U	T U	Abnormitäten				
Potus						
Geisteskrankheit						
Abnormität						Halb

Diese Zählkarten wurden in größeren ganz matt bedruckten Streifen bestellt, in der einer Geschwister-Serie entsprechenden Größe mit den erhaltenen Daten überschrieben und nach vervollständigter Ausfüllung im dicken senkrechten Strich mit der Schere durchschnitten, so daß also eine Summe von Individualkarten erhalten wurde, auf der die Daten jedes Einzelgeschwisters des gesamten verarbeiteten Materials eingetragen waren. Diese Karten konnten dann nach Belieben „geworfen", d. h. je nach Gebrauch in die einzelnen Gruppen von Geschwistern (z. B. die in bestimmtem Alter gestorbenen oder noch lebenden, die Dementia praecox-Kranken und die Dementia praecox-Freien, die mit und die ohne geisteskranke Eltern usw.) zusammengeordnet und die Gruppen nach ihrer Größe ausgezählt werden.

Dieses Zählkartenmaterial wurde nun zunächst in zwei Teile geteilt: 1. in jene Dementia praecox-Probanden, samt den zugehörigen Geschwistern, deren Eltern zur Zeit der statistischen Aufbereitung des Materials als Dementia praecox-frei, also mit Rücksicht auf den manifesten und latenten Besitz des Merkmals „Dementia praecox" als DR-Individuen zu betrachten waren, wobei diese Eltern aber an irgend einer anderen Psychose-Art wohl leiden oder gelitten haben durften.

Diese große Gruppe von Zählkarten bildete die Grundlage für die Berechnungen in Kapitel 2, Seite 27 und folgende: Die Nachkommen Dementia praecox-freier Eltern.

2. In jene Dementia praecox-Probanden, samt den zugehörigen Geschwistern, deren eine Elternteil als Dementia praecox-krank, also als RR-Individuum, deren anderer Elternteil als Dementia praecox-frei, also als DR-Individuum anzusehen war.

Diese kleinere Gruppe bildete die Grundlage für die Berechnungen in Kapitel 3, Seite 57 und folgende: Die Nachkommen Dementia praecox-Kranker.

2. Kapitel.

Die Proportionenfrage bei den Nachkommen Dementia praecox-freier Eltern

oder, entsprechend unseren einfachsten Voraussetzungen, bei den Produkten von DR mal DR-Kreuzungen.

(Die Eltern sind Heterozygoten (DR), also nicht Dementia praecox-krank.)

Da in der Literatur die Tatsache des Auftretens von Dementia praecox unter Kindern Dementia praecox-freier Eltern sehr wenig unter dem Gesichtspunkt der Frage einer regelmäßigen Vererbung betrachtet wurde, dürfte sich eine eingehende Erörterung über die bisherigen Ergebnisse der Autoren erübrigen. Erwähnt sei nur, daß eine Reihe von Versuchen vorliegt, die Dementia praecox als ein einfach rezessives, Mendelsches Merkmal zu erweisen.

Lundborg gewann (Seite 476 seines Werkes) aus der Verarbeitung seines Materials die Auffassung, daß Dementia praecox und Psychopathie ähn-

licher Art eine entschiedene Neigung haben, in Proportionen aufzutreten, die sich denen nähern, welche man theoretisch bei Rezessivität erwartet.

Wittermann, der die Dementia praecox auch unter quantitativ-mendelistischen Gesichtspunkten betrachtet hat, erhielt (Seite 263 und 264 seiner Arbeit) Erkrankungsziffern, die ziemlich nahe denjenigen entsprechen, welche gefordert werden müssen, wenn man annimmt, daß die Dementia praecox ein einfach rezessiv mendelndes Merkmal ist.

Weinberg hat jedoch gezeigt, daß dieses Resultat auf einer inkorrekten Anwendung der von ihm angegebenen Methode beruht und tatsächlich für ein einfach rezessives Merkmal viel zu niedere Zahlen herauskommen.

Rosanoff kommt (Amer. Journ. of insanity, vol. LXX, Nr. 1, Seite 101) zum Schluß, daß eine hereditäre Verwandtschaft zwischen verschiedenen neuropathischen Zuständen besteht, so zwischen Epilepsie, Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, Imbezillität, Involutions-Melancholie, Paranoischen Zuständen, Akuter, alkoholischer Halluzinose und einigen anderen verwandten Psychosen. Sie sind aber in verschiedenem Grade rezessiv gegenüber geistiger Gesundheit und zwar ist die Skala ihrer Rezessivität etwa:

Normal — Manisch-depressives Irresein — Dementia praecox — Epilepsie.

Auch Laughlin stellt eine derartige Skala auf:

Normaler Zustand — Melancholia — Dementia.

Oberholzer faßt die Anlage zur Dementia praecox als einfach rezessives Mendelsches Merkmal auf.

Wenn ein einfach rezessives Merkmal vorläge, so müßte nach den Ausführungen des ersten Kapitels die Dementia praecox theoretisch mit einer Häufigkeit von 25% nachweisbar sein. Tatsächlich kann man nun auch zu derartigen Häufigkeitswerten gelangen, je nachdem man eine Berechnungsart anwendet; es fragt sich aber, ob sie richtig ist.

Zunächst sei, aus didaktischen Gründen, an die eigenen Ziffern diejenige, grundsätzlich verkehrte, Berechnungsweise angelegt, welche offenbar schuld daran ist, daß manche Autoren zu hohe Erkrankungsziffern erhalten haben.

Das Ergebnis einer solchen vorläufigen, wenn auch grundsätzlich verkehrten statistischen Verarbeitung der Zählkarten, welche aus der Serie der Abkömmlinge von Dementia praecox-freien Eltern angefertigt wurden und dann später erst in richtiger Weise nach der Probandenmethode aufbereitet werden sollen, geht aus der Tabelle 9, Seite 29 hervor.

Die Zahl der Familien (Geschwister-Serien), die für unsere Zwecke zunächst[1]) verwendet werden konnten, beträgt 701 mit zusammen 4823 Geschwistern, also einer durchschnittlichen Geburtenziffer von $4823 : 701 = 6{,}88$ also nahezu 7 Kindern pro Familie. Von allen Geschwistern sind Dementia praecox-krank im ganzen $765 = 15{,}86\%$ oder also etwas weniger als $^1/_6$ aller Geschwister.

Man beachte, daß hier die Probanden-Dementia praecox also auch mit in Rechnung gezogen sind.

Andere Psychosen finden sich $79 = 1{,}63\%$ aller Geschwister.

[1]) Eine neue, zu statistischen Zwecken verwendbare, größere Serie von Dementia praecox-Familien ist in Vorbereitung.

Tabelle 9.

Übersichtstafel über das den Proportionsberechnungen zugrunde gelegte Material.

(Dementia praecox-Probanden samt deren Geschwistern, welche von Dementia praecox-freien Eltern abstammen, also als Produkte von DR×DR-Kreuzungen betrachtet werden.)

Herkunft der Dementia praecox-Probanden mit Angabe ihrer Zahl und derjenigen der dazu gehörenden Sekundär-Fälle		Zahl der Familien (Geschwister-Serien	Gesamtzahl der Geschwister	Gesamtzahl der Dementia praecox-Fälle	Probanden unter den Dementia praecox-Fällen	Sekundär-Fälle von Dementia praecox	Andere Psychosen* in den Geschwister-Serien	Gesamtzahl der Psychosen überhaupt	Von den Nicht-psychotischen Geschwistern sind							
									gestorben im Alter von Jahren				noch am Leben (Ende 1912) und im Alter von Jahren			
									0 17	17–40	nach 40	unbekannt	0–17	17–40	nach 40	unbekannt
Oberb. Kreis-Irren-Anstalt Eglfing	Geschwisterserien mit 1 Probanden	33	205	33	33	—	8	41	56	16	28	5	—	1	58	—
Psychiatrische Klinik München	Geschwisterserien mit 1 Probanden	612	4 147	612	612	—	60	672	1 323	104	23	3	190	1 461	370	1
	Geschwisterserien mit 2 Probanden	18	144	36	36	—	—	36	51	1	2	—	5	38	11	—
	Geschwisterserien mit 3 Probanden	1	12	3	3	—	—	3	4	—	—	—	—	4	1	—
	Geschwisterserien mit 1 Probanden und 1 Sekundär-Fall	33	270	66	33	33	11	77	60	11	4	7	5	71	35	—
	Geschwisterserien mit 1 Probanden u. 2 Sekundär-Fällen	1	12	3	1	2	—	3	4	1	—	—	—	2	2	—
	Geschwisterserien mit 1 Probanden u. 3 Sekundär-Fällen	3	33	12	3	9	—	12	8	3	—	1	—	4	5	—
	Summe der Geschwisterserien	701	4 823	765	721	44	79	844	1 506	136	57	16	200	1 581	482	1

(Erläuterung, siehe Seite 28 und folgende. Rohe Proportionsberechnungen Seite 28 und Seite 30. Richtige Proportionsberechnung Seite 32 und folgende. Exaktestes Resultat, Seite 50. Resultat nach abgekürztem Verfahren, Seite 51.)

* Unter „Andere Psychosen" sind hier alle jene Psychosen verstanden, welche nicht als Dementia praecox aufzufassen waren.

Es sind also irgendwie geisteskrank (inkl. Dementia praecox-Kranke) überhaupt 844 = 17,49% aller Geschwister.

Allein es sind von allen Geschwistern im ganzen bereits 1506 im Alter von 0—17 Jahren gestorben, also in einem Alter, in dem Dementia praecox nur ausnahmsweise deutlich manifest wird, in welchem in unseren Fällen Dementia praecox nur einmal konstatiert wurde und auch wegen des Absterbens dieser Kategorie keine in Zukunft mehr ausbrechen kann.

Nehmen wir an (es ist zunächst natürlich nur eine willkürliche Annahme), daß auch unter diesen früh Verstorbenen die Proportion von gesundveranlagt und krankveranlagt virtuell im klassischen Verhältnis vertreten gewesen ist, oder mit anderen Worten, nehmen wir an, daß das frühe Absterben dieser Individuen die Dementia praecox-Veranlagten nicht stärker, aber auch nicht schwächer betroffen habe, als die zu dauernder Gesundheit Veranlagten, so erhöht sich der Prozentsatz der an Dementia praecox erkrankten Geschwister auf:

$$\frac{76500}{4823 - 1506} = 23{,}0\,\%$$

Und für die an Psychosen überhaupt erkrankten Geschwister auf:

$$\frac{84400}{4823 - 1506} = 25{,}44\,\%$$

Ferner ist wohl anzunehmen, daß unter den 200 zurzeit noch lebenden und im Alter von 0—17 Jahren, also unmittelbar vor Eintritt in die Erkrankungs-Gefährdungs-Zone stehenden Individuen die Erkrankungschancen ebenfalls in gesetzmäßig zu erwartendem Verhältnis zueinander stehen. Es ergibt sich somit, daß bei im ganzen 1506 + 16 (unbekannt) + 200 + 1 (unbekannt) = 1723 Individuen die Erkrankungschancen in gesetzmäßig zu erwartendem Verhältnis zueinander stehen dürften (wenigstens wollen wir einmal diese Annahme machen, ob sie ganz richtig ist, müssen erst noch spätere komplizierte statistische Berechnungen ergeben), so daß wir dann also folgenden Prozentsatz von Dementia praecox-Kranken erhielten:

$$\frac{76500}{4823 - (1506 + 16 + 200 + 1)} = 24{,}67\,\%,$$ also eine Ziffer,

die ganz nahe an 25% heranreicht, also an jene Häufigkeit, die man erwarten müßte, wenn die Dementia praecox ein einfach rezessives Merkmal wäre.

Und für die Psychosen überhaupt (unter der Annahme, daß die angeborenen Störungen zunächst bei der Berechnung vernachlässigt werden können) erhielten wir

$$\frac{84400}{4823 - (1506 + 16 + 200 + 1)} = 27{,}22\,\%$$

Vielleicht dürfen wir, wie geschehen, auch annehmen, daß unter den 16 in unbekanntem Alter Verstorbenen, samt den in unbekanntem Alter noch Lebenden ebenfalls die gesetzmäßige Proportion der Erkrankung gefunden werden würde, wenn die Individuen und deren Lebenslauf ganz bekannt wären.

Daß die 57 nach dem 40. Altersjahre Verstorbenen noch erkrankt wären an Dementia praecox, wenn sie weiter gelebt hätten, ist angesichts der geringen Beteiligung dieser höheren Altersstufen an der Dementia praecox höchst unwahrscheinlich.

Dasselbe ist zu sagen von den heute noch lebenden, im Alter von über 40 Jahren stehenden 482 Individuen meines Materials.

Es ist also von 57 + 482 = 539 Individuen meines Materials zu sagen, daß sie Dementia praecox-frei geblieben sind und frei bleiben werden, wenn sie auch noch von einer anderen Geistesstörung (deren Ausbruch in einem höheren Alter zu erwarten ist) hätten heimgesucht werden können oder in Zukunft noch heimgesucht werden können.

Dagegen waren zur Zeit des Abschlusses der Statistik im Alter von 17—40 Jahren bereits gestorben 136. Von ihnen war zwar bis zum Abschluß der Statistik kein Glied an Dementia praecox erkrankt, das eine oder andere hätte aber bis zum völligen Abschluß der Periode, innerhalb der die Dementia praecox erfahrungsgemäß am häufigsten ausbricht (hier zu 17—40 Jahren angenommen), noch erkranken können. Und ebenso muß mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß von den 1581 Geschwistern meines Materials, welche zur Zeit des Abschlusses der Statistik (Ende 1911) noch am Leben waren, aber erst im Alter von 17—40 Jahren standen, späterhin noch das eine oder andere Glied an Dementia praecox erkranken wird. Daß für diese Summe 136 + 1581 = 1717 Individuen ein gleiches Verhältnis von Dementia praecox- und Gesundheits-Kandidaten angenommen würde, wie für die im Alter von 0—17 Jahren Verstorbenen, geht nicht an, weil ja in der Gruppe der im Alter von 17—40 Jahren noch lebenden bis jetzt noch kein einziges Individuum erkrankt ist, ein großer Teil dieser Individuen also die Gefährdungszone zum großen und größten Teil zurückgelegt hat (z. B. die im 39. Altersjahr stehenden fast vollständig), gleiche erwartungsgemäße Chancen der künftigen Erkrankung für alle diese Individuen anzunehmen also nicht erlaubt ist.

Es gilt somit vor allem, die Verschiedenheit der Erkrankungschancen dieser Gruppe von Individuen mit in Berechnung zu ziehen.

Zu diesem Zwecke sind für jedes von den 4823 Individuen die folgenden genauen Unterlagen festgestellt worden:

1. Für die noch Lebenden das genaue Altersjahr, in dem sie Ende der Untersuchung standen (Angabe des Geburtsjahres).

2. Für die Verstorbenen das erreichte Lebensalter in Jahren.

3. Für die Dementia praecox-Kranken und andersartig Psychotischen das Lebensjahr, in welchem die Krankheit begann.

Allein der Hauptfehler der eben angestellten Berechnungen beruht gar nicht in der Schwierigkeit, die Erkrankungs-Chancen der noch nicht Erkrankten richtig einzuschätzen.

Bevor wir daher in Berechnung ziehen, wie groß genau die Erkrankungswahrscheinlichkeit für jedes Lebensalter ist, sei eine vorläufige Berechnung darüber angestellt, wie groß richtig berechnet, nach der Weinbergschen Probandenmethode der Prozentsatz der Dementia praecox-Erkrankten unter den Geschwistern ist, wenn wir nur die Kranken selbst und die im Alter von 17 bis über 40 Jahren Lebenden und Gestorbenen, nicht an Dementia praecox Erkrankten als Geschwister gelten lassen, dagegen annehmen, daß unter den im Alter von 0—17 Jahren Gestorbenen und Lebenden Gesunde und Kranke in der gesetzmäßigen Proportion vertreten gewesen wären (bei den im Alter von 0—17 Jahren Gestorbenen) oder in Zukunft vertreten sein werden (bei den im Alter von 0—17 Jahren

Lebenden), weshalb wir sie außer Berechnung lassen dürfen. Dann ergeben sich die auf beiliegender Tabelle 10 angeführten Zahlen, die ganz bedeutend geringere Erkrankungs-Proportionen erkennen lassen, als die auf Seite 28 und 30 mit falscher Methode berechneten.

Tabelle 10 (Erläuterung siehe S. 31).

Herkunft der Dementia praecox-Fälle	Erfahrungen der Probanden an Gesamt-Geschwistern	Erfahrungen der Probanden an Dementia praecox-Geschwistern	Erfahrungen der Probanden an anderen Psychosen
Eglfinger Fälle.			
Geschwister-Serien mit 1 Probanden	(16 + 28 + 1 + 58 + 8) = 111	—	8
Klinik-Geschwister-Serien mit 1 Probanden	(104 + 23 + 1462 + 370 + 60) = 2019	—	60
Klinik-Geschwister-Serien mit 2 Probanden	(1 + 2 + 38 + 11 + 1 + 2 + 38 + 11) = 104	18 18	—
Klinik-Geschwister-Serien mit 3 Probanden	(4 + 1 + 4 + 1 + 4 + 1) = 15	2 2	—
Klinik-Geschwister-Serien mit 1 Probanden und 1 Sekundär-Fall	(33 + 11 + 11 + 4 + 71 + 35) = 165	2 33	11
Klinik-Geschwister-Serien mit 1 Probanden und 2 Sekundär-Fällen	(2 + 1 + 2 + 2) = 7	2	—
Klinik-Geschwister-Serien mit 1 Probanden und 3 Sekundär-Fällen	(9 + 3 + 4 + 5) = 21	9	—
Summe:	2442	86	79

Also Häufigkeit des Auftretens von geistigen Störungen:

Von Dementia praecox allein 86:2442 = 3,52
= ca. $^1/_{32}$ bis $^1/_{25}$.

Von Dementia praecox plus anderen Psychosen 165:2442 = 6,79
= ca. $^1/_{14}$ bis $^1/_{15}$.

Der Grund dafür ist der, daß bei der ersten, grundsätzlich falschen Berechnungsweise, bei der nahe an 25% Dementia praecox-Kranke herauskamen, die Probanden unerlaubter Weise mitgerechnet wurden.

Nach Vermeidung dieses Hauptfehlers kann aber doch, wie bereits angedeutet, noch weitere Exaktheit in der Berechnung der Dementia praecox-Häufigkeit erstrebt werden.

Denn es ist klar, daß in Familien, die, wie auf der Übersichtstafel beschrieben, beschaffen sind, die Proportion der als gesund verzeichneten Kinder um so größer sein muß, je mehr sich unter dem Material Familien mit noch jugendlichen Kindern befinden, das heißt, je mehr Kinder vorhanden sind,

die das Alter des frühesten Beginns der Dementia praecox noch nicht erreicht haben und daß die Proportion von krank und gesund unter den Kindern sich um so mehr der Wirklichkeit nähern muß, je größer die Zahl der Kinder des Materials ist, welche das Alter des spätesten Beginns der Dementia praecox überschritten haben.

Es leuchtet also, wenn wir zusammenfassen, ein, daß die Annahme, es wären unter den mit 0—17 Jahren Gestorbenen die Kranken zu den Gesunden in der gesuchten gesetzmäßigen Proportion vertreten gewesen, wenn sie alle das Ende der Gefährdungszone erreicht hätten und es werden die im Alter von 0—17 Jahren zur Zeit der Untersuchung Lebenden nach Zurücklegung der Gefährdungszone die gesuchten gesetzmäßigen Proportionen von gesund und krank aufweisen, ferner, es seien in den vorhandenen Familien alle im Alter von 17—40 Jahren Gestorbenen als Individuen zu betrachten, die nicht Dementia praecox-krank geworden wären, auch wenn sie alle über die Gefährdungszone hinaus gelebt hätten und es werden alle im Alter von 17—40 Jahren zur Zeit der Untersuchung noch Lebenden später überhaupt nicht an Dementia praecox erkranken, es leuchtet ein, sage ich, daß alle diese Annahmen eine Willkür enthalten.

Als ziemlich sicher, wenigstens praktisch ausreichend, dürfte nur die Annahme zu betrachten sein, daß diejenigen, die die Gefährdungszone durchschritten haben und darauf gestorben sind oder jetzt noch leben, als Dementia praecox-frei angesehen werden können.

Dagegen muß angenommen werden, daß von den im Alter von 17—40 Jahren Gestorbenen wenigstens ein Teil noch an Dementia praecox erkrankt wäre, wenn alle das 40. Altersjahr erreicht hätten und daß wenigstens einem Teil der zwischen dem 17. und 40. Altersjahr stehenden und jetzt noch lebenden dieses Schicksal wohl noch beschieden sein dürfte. Für die 17jährigen werden diese Chancen aber größer sein, als für die 39jährigen, da die Altersgruppe der 17jährigen ja noch die ganze Gefährdungszone vor sich, die der 39jährigen sie schon bis an ein Jahr durchschritten hat usw.

Es galt daher, die Erkrankungswahrscheinlichkeit noch nach Möglichkeit genau für jedes einzelne Altersjahr getrennt, nach den Prinzipien der Sterbe-, Überlebens- und Erkrankungstafel oder Morbiditätstafel zu berechnen (siehe hinten).

Es ist ja nun klar, daß es freilich am besten wäre, ein Material zu erhalten, in welchem wenigstens die gesamten lebenden Geschwister die Gefährdungszone ganz durchschritten hätten. Allein ein solches Material, das genügend groß wäre zur Lösung der hier aufgeworfenen Fragen, ist schwer zu beschaffen, weil es sich dabei zumeist um Dementia praecox-Fälle handeln würde, deren Beobachtung sehr weit zurückliegt. Damit sinkt aber auch wieder die Sicherheit der Diagnose nach modernen Gesichtspunkten, was besonders gilt für die durch Forschung ermittelten Fälle, welche also nie in einer Anstalt waren, von denen also keine Krankengeschichten bestehen und die entweder völlig übersehen werden können oder zahlreichen klinischen Mißdeutungen ausgesetzt sind, viel mehr als bei Geschwistern von Fällen jüngster Beobachtung, bei denen genaue Erkundigungen und ev. sogar eigene Inaugenscheinnahmen noch vorgenommen werden können. Am besten könnte eine solche Untersuchung noch in einer

schon sehr lange bestehenden Anstalt mit großem Material und mit guten alten Krankengeschichten angestellt werden.

Wohl könnte auch in der Klinik eine solche Untersuchung durchgeführt werden, da wir im Laufe der Zeit nicht wenig Kranke mit der Diagnose „Dementia praecox" aufgenommen haben, welche schon in höherem Alter stehen und welche also auch Geschwister haben werden, deren Lebensschicksal schon zum größten Teil erfüllt ist.

Allein gerade diese Fälle dürfte es zweckmäßig sein, zunächst von einer genauen Untersuchung auszuschließen, weil sie doch in recht zahlreichen Fällen diagnostisch nicht unanfechtbar sind. Ich werde aber später noch unter Vermeidung diagnostischer Unsicherheiten ein Material alter Beobachtung zu beschaffen versuchen.

Es läge nun nahe, zum Zwecke der Vermeidung aller durch den Faktor der vorzeitigen Sterblichkeit bedingten, willkürlichen Annahmen nur solche Familien zu verwenden, in denen kein Kind vor Erreichen des Alters des spätesten Beginns der Dementia praecox (also ca. 40. Altersjahr) gestorben ist und kein lebendes zurzeit der gegenwärtigen Betrachtung unter dem genannten Alter steht. Dies würde aber, wie Weinberg in einer noch nicht publizierten Arbeit (sie erscheint im Archiv f. Rass. u. Gesellsch. Biol. 1914, Heft 3) nachweist, nur bei einer völligen Korrelation der Geschwister in Bezug auf die Sterblichkeit, wie sie faktisch nicht besteht, die idealen Zahlen ergeben können.

Wir müssen uns vorläufig begnügen, eine dem Ideal angenäherte Auslese zu bringen, also Familien mit minimaler Sterblichkeit überhaupt und mit maximaler Lebensdauer der gestorbenen und lebenden Kinder. Auf die genannte Weise wäre auch eine Kontrolle möglich, ob wirklich unter den vor Beginn der Gefährdungszone Gestorbenen die Gesunden und Kranken in der erwarteten gesetzmäßigen Proportion vertreten sind, oder ob da bereits Unterschiede vorhanden sind, das heißt, ob sie vielleicht zu der Annahme führen, daß die Dementia praecox-Veranlagten von der Frühsterblichkeit stärker betroffen werden, als die von der Dementia praecox-Anlage freien Individuen.

Wäre man sich dessen wirklich gewiß, daß von den frühzeitig Sterbenden ein ebenso großer Prozentsatz an Dementia praecox erkranken würde, wenn sie weiter lebten, als von den Überlebenden, bzw. Langlebigen, so könnte man ja den Faktor der verfrühten Sterblichkeit ganz vernachlässigen. Allein das wissen wir absolut nicht. Im Gegenteil muß an die Möglichkeit gedacht werden, daß gerade die Dementia praecox-disponierten Kinder auch anderweitg anfällig und daher einer größeren Sterblichkeit unterworfen sind, als Kinder, die nie an Dementia praecox erkranken werden. Sollte dem wirklich so sein, so würden dadurch die erhaltenen Proportionen von gesund und krank gefälscht, das heißt, es würden viel mehr Gesunde erhalten werden müssen, als dies der Fall wäre, wenn alle Kinder langlebig wären.

Sollte sich aus Zusammenstellungen eines künftigen Materials nach den genannten Gesichtspunkten ergeben, daß tatsächlich die Proportionen von krank und gesund der Erwartung um so mehr entsprechen, je größer die Langlebigkeit der Glieder in den sämtlichen Familien ist, so wäre damit ein Schritt gewonnen zum Beweise, daß unter den frühzeitig verstorbenen Kindern der

Tabelle 11.

Beispiel. Geschwister-Serien mit 1 Dementia praecox-Probanden der Klinik. Geburtsjahre der Ende der Beobachtungszeit (Ende 1911) noch lebenden „Normalen“ (d. h. aller nicht psychotischen Individuen).

Kinderzahl	Geburten-Nummer	1913	1912	1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905	1904	1903	1902	1901	1900	1899	1898	1897	1896	1895	1894	1893	1892	1891	1890	1889	1888	etc.	Geburtsjahr (unbekannt wann geboren)
2	1																												
	2																												
3	1																												
	2																												
	3																												
4	1																												
	2																												
	3																												
	4																												
5	1																												
	2																												
	3																												
	4																												
	5																												
etc.																													
Summen je eines Geburtsjahres												1	1	2	5	1	4	2	5	5	5	3	5	5	2	4	4		

Tabelle 12.

Gleiche Tabelle für die Geburtsjahre der Probanden (P = Dementia praecox-Fälle der Klinik), Sekundär-Fälle (S = Dementia praecox-Geschwister, die nicht in die Klinik kamen) und anderen Psychosen.

und zwar auch für die Geschwister-Serien mit 1 P (aus Eglfing) (3 Tabellen)
„ „ „ „ „ 2 P der Klinik (3 Tabellen)
„ „ „ „ „ 3 P „ „ (3 Tabellen)
„ „ „ „ „ 1 P + 1 S der Klinik (4 Tabellen)
„ „ „ „ „ 1 P + 2 S „ „ (4 Tabellen)
„ „ „ „ „ 1 P + 3 S „ „ (4 Tabellen),

[Für Klinikfälle mit 1 P im ganzen 3 Tabellen.]

Tabelle 13.

Beispiel. Geschwister-Serien mit 1 Probanden der Klinik. Erreichtes Lebensalter der gestorbenen Normalen.

Kinderzahl	Geburten-Nummer	0 = tot geboren	1 Tag bis 11 Monat 29 Tage	Jahre 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	etc.	Gestorben mit x Jahren (unbekanntes Sterbealter)
2	1																													
	2																													
3	1																													
	2																													
	3																													
4	1																													
	2																													
	3																													
	4																													
etc.																														
Summen der einzelnen erreichten Lebensalter										1	1	1	4	1	2	3	3	1	2	3	4	2	3	3	2	1				

Eine gleiche Tabelle ist anzufertigen für die erreichten Lebensalter der gestorbenen Probanden, Sekundärfälle und anderen Psychosen des gesamten Materials.

Tabelle 14.

Beispiel. Geschwisterserien mit 1 Probanden der Klinik. Erkrankungsbeginn der Probanden.

A. Der lebenden Probanden.

Kinderzahl	Geburten Nummer	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	etc.	— (Beginn der Erkrankung unbekannt)
2	1														1		1													
	2															1	1	1			1									
3	1													2	1		1	1												1
	2														2			1	1												
	3													1		1	1		1											
4	1											1		1	1		2		1			1								
	2												1		1		1	1			1									
	3													1	1		1		1											
	4														1		1			3										
5	1												1		1			1												
	2											1		1	1		1				1									
	3												1																	
	4										1			1			1			1										
	5											1	1					1		1	1									
etc.																														
Summen der einzelnen Erkrankungsalter			•								1	3	4	7	10	2	11	6	5	5	3	1							1

Eine gleiche Tabelle ist anzufertigen für den Erkrankungsbeginn der gestorbenen Probanden, für den Erkrankungsbeginn der Sekundärfälle und anderen Psychosen (ebenfalls auch der lebenden und gestorbenen) aller Gruppen.

Tabelle 15 (Erläuterung) siehe auf S. 41 und folgenden.

Generaltabelle über die Geschwister der Dementia praecox-Probanden. (Unterlage der Morbiditätstafel.)

	In nebenstehender Lebensperiode														
	traten in Beobachtung	traten außer Beobachtung lebend			traten außer Beobachtung tot			erkrankten an		betrug die Zahl der				
		überhaupt	erkrankt an Dementia praecox	erkrankt an sonstigen Psychosen	überhaupt	erkrankt an Dementia praecox	erkrankt an sonstigen Psychosen	Dementia praecox	sonstigen Psychosen	zu Anfang vorhandenen Personen	1 Jahr beobachteten Personen	zu Anfang vorhandenen nicht an Dementia praecox erkrankten Personen	1 Jahr beobachteten Personen	während eines Jahres gesund Gebliebenen
	g	f	fd	fp	t	td	tp	d	p	l	a	lnd	^{a}nd	^{u}nd
x	17	1			16	1		2[1]	3					
Geburt	4253	—			97				3	4253	4253			
1. Lebensjahr . .		1			1023		1		4	4156	4155 5			
2. „ . .		—			179					3132	3132			
3. „ . .		1			59					2953	2952,5			
4. „ . .		2			43					2893	2892			
5. „ . .		3			33				1	2848	2846,5			
6. „ . .		8			23					2812	2808			
7. „ . .		7			21				1	2781	2777,5			
8. „ . .		9			11				1	2753	2748,5			
9. „ . .		9			17				1	2733	2728,5			
10. „ . .		16			13				1	2707	2699			
11. „ . .		11			5					2678	2672 5			
12. „ . .		17		1	6				1	2662	2653,5			
13. „ . .		18			5					2639	2630			
14. „ . .		32			6				1	2616	2600	2616	2600	2600
15. „ . .		33		1	8			2		2578	2561,5	2578	2557,5	2555,5
16. „ . .		40			5			3	3	2537	2517	2535	2512 5	2509,5
17. „ . .		34			9	2		6	1	2492	2475	2487	2466,5	2460,5
18. „ . .		40	1	1	7		1	8	2	2449	2429	2440	2417	2409
19. „ . .		55	2		10	1		6	1	2402	2374,5	2386	2355	2349
20. „ . .		52			11		1	4	1	2337	2311	2318	2286,5	2282,5
21. „ . .		71	1		6			6	6	2274	2238,5	2251	2213	2207
22. „ . .		59	3	1	8		1	4	5	2197	2167,5	2169	2137	2133
23. „ . .		72	5	1	9			2[2]	5	2130	2094	2101	2063	2060
24. „ . .		69	5	3	10	1	1	10	4	2049	2014,5	2022	1985 5	1975 5
25. „ . .		74	3	1	10		1	6	4	1970	1933	1939	1898 5	1892,5

26. Lebensjahr . .		75	3	2	5	1	2	4	3	1886	1848,5	1852	1814	1810
27. „ . .		77	1	1	8	1	1	4	1	1806	1767,5	1772	1730 5	1726 5
28. „ . .		84	2	1	9		1	4	2	1721	1779	1685	1639 5	1635 5
29. „ . .		104	2		7	1		2	2	1628	1576	1590	1536	1534
30. „ . .		88	3		10	2				1517	1473	1480	1433 5	1433,5
31. „ . .		84	4	3	8	1	2	3	2	1419	1377	1387	1343,5	1340 5
32. „ . .		86	4	1	12		3	5	3	1327	1284	1297	1250	1245
33. „ . .		88	1	2	2			1		1229	1185	1198	1153,5	1152,5
34 „ . .		85	3	2	8		1	1		1139	1096.5	1108	1063	1062
35. „ . .		83	5	3	7	1	2	2		1046	1004,5	1017	975	973
36. „ . .		83	1	2	6				5	956	914 5	931	887	887
37. „ . .		68	1	2	3			1	3	857	833	863	828	827
38. „ . .		60	4	1	5		3			796	766			
39. „ . .		65	1	4	3				1	731	698 5			
40. „ . .		61	2	1	6		1			633	632 5			
41. „ . .		48	2	1	4	1			1	596	572			
42. „ . .		51	2	3					2	544	518 5			
43. „ . .		59	1	2	10	1			1	493	463,5			
44. „ . .		42	4	1	1					424	403			
45. „ . .		42	2	1	2					381	360			
46. „ . .		20	1	2	2					337	327			
47. „ . .		29	1							315	300 5			
48. „ . .		21			2					286	275,5			
49. „ . .		23		1	1					263	251,5			
50. „ . .		14			3					239	232			
51. „ . .		13			1					222	215,5			
52. „ . .		13			3					208	201 5			
53. „ . .		6			5					192	189			
54. „ . .		11		2	2					181	175 5			
55. „ . .		6			4					168	165			
56. „ . .		8		1	1					158	154			
57. „ . .		5			5		1			149	146.5			
58. „ . .		7			1					139	135 5			
59. „ . .		3			3		1			131	129,5			
60. „ . .		10			1					125	120			
61. „ . .		5	1		1				2	114	111 5			
62. „ . .		7			1				1	108	104 5			
63. „ . .		4			2					100	98			
Summa	4270	2372	71	49	1804	14	24	86	78					

[1]) Davon 1 beim 23. Jahr in Rechnung gesetzt. [2]) Dazu wurde ein Fall mit unbekanntem Erkrankungsalter hinzugerechnet.

Tabelle 15 (Erläuterung) siehe auf S. 41 und folgenden.

Generaltabelle über die Geschwister der Dementia praecox-Probanden. (Unterlage der Morbiditätstafel.)

	In nebenstehender Lebensperiode													
	traten in Beobachtung	traten außer Beobachtung lebend überhaupt	lebend erkrankt an Dementia praecox	lebend erkrankt an sonstigen Psychosen	traten außer Beobachtung tot überhaupt	tot erkrankt an Dementia praecox	tot erkrankt an sonstigen Psychosen	erkrankten an Dementia praecox	erkrankten an sonstigen Psychosen	betrug die Zahl der zu Anfang vorhandenen Personen	betrug die Zahl der 1 Jahr beobachteten Personen	betrug die Zahl der zu Anfang vorhandenen nicht an Dementia praecox erkrankten Personen	betrug die Zahl der 1 Jahr beobachteten nicht an Dementia praecox erkrankten Personen	während eines Jahres gesund Gebliebenen
	g	f	fd	fp	t	td	tp	d	p	l	a	lnd	a_{nd}	u_{nd}
Übertrag	4270	2372	71	49	1804	14	24	86	78					
64. Lebensjahr . .		6			3	1				94	91			
65. „ . .		7			1					85	81,5			
66 „ . .		3		1	1					77	75,5			
67. „ . .		5			1					73	70,5			
68. „ . .		7			1		1			67	63,5			
69. „ . .		6			1					59	56			
70. „ . .		4								52	50			
71. „ . .		6							1	48	45			
72. „ . .		3			3		2			42	40 5			
73. „ . .		5								36	33,5			
74 „ . .		5			1					31	28,5			
75. „ . .		3			1					25	23.5			
76. „ . .		4		1						21	19			
77. „ . .		3			1					17	15.5			
78. „ . .		1								13	12,5			
79. „ . .		3								12	10 5			
80. „ . .										9	9			
81 „ . .										9	9			
82. „ . .		1			2		1			9	8,5			
83. „ . .										6	6			
84. „ . .		1								6	5,5			
85. „ . .		1								5	4 5			
86. „ . .		1								4	3			
87 „ . .		2								3	2			
88. „ . .		1								1	0,5			
Summa	4270	2450	71	51	1820	15	28	86	79					

Dementia praecox-Familien verhältnismäßig mehr Dementia praecox-disponierte vorhanden sind, als gesund Veranlagte, daß also mit der Dementia praecox-Veranlagung ein gewisser Grad vermehrter Frühsterblichkeit korrelativ verknüpft ist. Es wäre natürlich damit auch ein wichtiger Beitrag zur Ausmerzefrage gegeben.

Solange uns ein ideal langlebiges Material, wie ich es oben gewünscht habe, abgeht, werden wir unser gegebenes Material nach folgenden Grundsätzen zu verarbeiten haben.

Zur Berechnung des wahren Verhältnisses der Dementia praecox-Fälle bei Geschwistern Dementia praecox-Kranker, ist nach Fertigstellung einer Tabelle über die in Beobachtung eingetretenen und in jedem Alter durch Erreichen des Endes der Beobachtungszeit und durch Tod ausgeschiedenen Geschwister, sowie über den Zeitpunkt der Erkrankung der Dementia praecox-Kranken und anderer Geisteskranker zunächst festzustellen, wie viele Geschwister lebend in den Beginn jeder Altersklasse eintraten.

Zu diesem Zwecke werden die entsprechenden Daten des Materials in die beigegebenen Listen (Tabellen 11—14) eingetragen, nachdem zuvor die Grundlagen dazu noch auf besonderen Zählkarten eingetragen wurden, auf deren Wiedergabe ich hier aber verzichten will, da jedem ihre Notwendigkeit und Ausgestaltung aus der Kompliziertheit der folgenden Tabellen ersichtlich sein wird.

Natürlich können bei geeignetem Personal sogar besser und schneller die mittels dieser Tabellen zu eruierenden Ziffern auch durch geeignetes „Werfen" (Zusammenordnen) der auf Seite 26 dieser Arbeit abgedruckten Individualkarten gewonnen werden.

Aus den gewonnenen Ziffern wurde sodann die umstehende Generaltabelle angefertigt (Tab. 15).

Die Generaltabelle dient sowohl der Berechnung der Sterblichkeit der Geschwister der Dementia praecox-Kranken, wie ihrer Morbidität an Dementia-praecox und anderen Psychosen.

Die in ihr enthaltenen Zahlen wurden in der Weise gewonnen, daß zunächst die Familien nach der Zahl der in ihnen enthaltenen Klinikfälle (oder „Probanden") geschieden und die notwendigen Auszählungen für jede der so unterschiedenen drei Hauptgruppen[1]) getrennt vorgenommen wurden.

Nicht enthalten sind in der Tabelle die Probanden aus Familien mit nur 1 Klinikfall überhaupt, weil diese ja eben keine Geschwister von Probanden sein können. Die übrigen Individuen (Normale, Sekundärfälle[2]), anderweitig Geisteskranke) aus den Familien mit einem Klinikfall sind einfach gezählt. In den Familien mit 2 Klinikfällen sind die Normalen und anderweitig Geisteskranken doppelt gezählt, da sie in der Erfahrung jedes einzelnen Probanden dieser Familien figurieren. Ebenso wäre es mit solchen Dementia praecox-Fällen gehalten worden, die außerhalb der Klinik beobachtet wurden, derartige Sekun-

[1]) Das heißt 1. Hauptgruppe: 1 Klinikfall, 2. Hauptgruppe: 2 Klinikfälle, 3. Hauptgruppe: 3 Klinikfälle.

[2]) Sekundärfälle sind Fälle von Dementia praecox, die außerhalb der Klinik zur Beobachtung kamen.

därfälle kamen aber zufällig in dieser und der folgenden Gruppe (3 Klinikfälle) nicht vor.

Hingegen wurden die Probanden dieser Gruppe (mit 2 Klinikfällen) je einfach gezählt, da sie nur soweit als Geschwister gezählt werden dürfen, als sie in dieser Eigenschaft in der Erfahrung von Probanden figurieren und somit gleichzeitig Sekundärfälle sind. Dies ist aber in Familien mit 2 Probanden nur einmal der Fall.

In der Gruppe mit 3 Probanden wurden die Normalen und anderweitig Geisteskranken dreifach gezählt (Sekundärfälle außerhalb der Klinik kamen nicht vor) entsprechend dem Umstand, daß sie als Geschwister in der Erfahrung von 3 Probanden figurieren. Hingegen wurden die Probanden wieder

Tabelle 16 (zu Seite 44).

Gestorbene.

Aus Familien mit		unbekannt	totgeboren	in den Lebensjahren																						
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1 Klinikfall	Normale	15	79	949	170	55	43	29	23	21	10	16	13	5	4	5	6	6	5	5	6	9	10	6	7	8
2 Klinikfällen	Normale		9	32	3	2		2							1			1		1						
3 Klinikfällen	Normale			3	1																					
1 Klinikfall	Sekundärfälle	1																	1		1					
2 Klinikfällen	Sekundärfälle																									
3 Klinikfällen	Sekundärfälle																									
1 Klinikfall	Andere Psychosen			1																	1		1		1	
2 Klinikfällen	Andere Psychosen																									
3 Klinikfällen	Andere Psychosen																									
1 Klinikfall	Probanden																				1					
2 Klinikfällen	Probanden																									
3 Klinikfällen	Probanden																									
Beobachtungen		16	97	1023	179	59	43	33	23	21	10	16	13	5	6	5	6	8	6	7	10	9	11	6	8	8

Berechnung für das 18. Lebensjahr

Normale	1 Klinikfall	6	= 6
	2 Klinikfälle	—	= 0
	3 „	—	= 0
Sekundärfall	1 Klinikfall	1	= 1
	2 Klinikfälle	—	= 0
	3 Klinikfälle	—	= 0
Andere Psychosen	1 Klinikfall	1	= 1
	2 Klinikfälle	—	= 0
	3 Klinikfälle	—	= 0
Probanden	1 Klinikfall	—	= 0
	2 Klinikfälle	1	= 2×1
		Summe	10

Tabelle 17 (zu Seite 44).

Lebende.

Familien mit		Geburtsjahr															
		1898	1897	1896	1895	1894	1893	1892	1891	1890	1889	1888	1887	1886	1885	1884	1883
1 Klinikfall	Normale	30	30	40	34	38	51	48	64	53	64	60	70	64	75	75	89
2 „		1	1				1	2	3	1	1			3		3	5
3 „																	1
1 „	Sekundärfälle						1				2	1	1			1	1
2 „																	
3 „																	
1 „	Andere Psychosen		1			1				1	1	4	1	2	1	1	
2 „																	
3 „																	
2 „	Probanden					1	1		1	3	1	4	2	3	1	1	1
3 „											1						
Beobachtungen		32	33	40	34	40	55	52	71	59	72	69	74	75	77	84	104

Lebende. Erkrankungen an Dementia praecox.

Lebende Familien mit		Lebensjahr									
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1 Klinikfall	Sekundärfälle	3	1	2	3	1	1	3	1	2	2
2 Klinikfälle											
3 Klinikfälle											
2 Klinikfälle	Probanden	3	3	2	2	3	2	3	1	1	
3 Klinikfälle					1						

Berechnung für das 24. Lebensjahr

3
2
1×2
7

Berechnungen für das Geburtsjahr 1883 (Ende 1911 28 Jahre alt)

89×1 = 89
5×2 = 10
1×3 = 3
1×1 = 1
—
—
—
—
1×1 = 1
104

einmal weniger gezählt, da sie ja nur zweimal als Geschwister von Probanden figurieren.

Die Familien mit einem Klinikfall wurden der Übersichtlichkeit des Materials halber und zum Zwecke der leichteren Auffindung von Fehlern in 5 Gruppen zerlegt.

Familien ohne Sekundärfälle aus Eglfing
„ „ „ „ der psychiatrischen Universitätsklinik
„ mit 1 Sekundärfall „ „ „ „
„ „ 2 Sekundärfällen „ „ „ „
„ „ 3 „ „ „ „

Das eingeschlagene Verfahren möge durch folgende Aufschlüsse aus den Hilfstabellen illustriert werden (Tabellen 16 und 17).

Die Verteilung der Lebenden und Toten nach dem bei Austritt aus der Beobachtung erreichten Alter wurde in gleicher Weise ausgezählt und zu einer Berechnung der Zahlen für die Gesamtheit der Geschwister benützt, wie dies summarisch in der Tabelle 41 Seite 98 und den daraus abgeleiteten Berechnungen geschehen ist. Von den diesem Zweck dienenden Hilfstabellen gebe ich auf den Seiten 42, 43 und 45 Abbildungen. Das aus diesen Hilfstabellen gewonnene Resultat ist in der Generaltabelle 15 (Seite 38, 39 und 40) mitgeteilt und bildet die Grundlage der in dieser enthaltenen sachlichen Ausführungen.

Die Berechnung der Generaltabelle war z. B. für die im 18. Jahr Gestorbenen folgende:

Sippschaften mit 1 2 3 Klinikfällen	zusammen	gezählte Erfahrungen Sippschaften mit Klinikfällen 1	2	3
Normale . . . . . 6 — —	6	6×1		
Sekundärfälle . . . . 1 — —	1	1×1		
Andere Psychosen . 1 — —	1	1×1		
Probanden . . . . . — 1 —	1		1×2	
Summa	9	8	2	
			10	

(Vergleiche Tabelle S. 42).

Nun sind die Erfahrungen der Probanden aus Familien mit einem Klinikfall (über Normale, andere Psychosen und Sekundärfälle) einfach gezählt, die über sich selbst gar nicht.

Die Erfahrungen über Geschwister der Probanden aus Familien mit 2 Klinikfällen sind bei Normalen, Sekundärfällen und anderen Psychosen doppelt, bei den Probanden selbst je 2 einmal, also zusammen zweimal gezählt; so ergibt sich als Summe der Erfahrungen die in Tabelle 41 enthaltene Zahl 10.

Tabelle 18 (Erläuterung siehe S. 45 und 46).

Sterblichkeit der Geschwister der Dementia praecox-Probanden im Vergleich mit der bayerischen Bevölkerung nach Altersklassen.

Lebensperiode	Jährliche Beobachtungen a	Todesfälle t	Sterbenswahrscheinlichkeit $T = \frac{t}{a}$	Desgl. in Bayern 1891–1900
Geburt	4 253	97	2,28 %	3,02
1. Lebensjahr	4 155,5	1023	24,62 %	26,54
2. „	3 132	179	5,72 %	5,08
3.—5. „	8 691	135	1,55 %	1,45
6.—10. „	13 761,5	85	0,62 %	0,47
11.—15. „	13 117,5	30	0,23 %	0,26
16.—20. „	12 106,5	42	0,35 %	0,40
21.—30. „	18 791,5	82	0,44 %	0,63
31.—40. „	9 791,5	60	0,61 %	0,88
41.–50. „	3 703,5	25	0,68 %	1,32
51.—60. „	1 632	26	1,59 %	2,26
61.—70. „	802	12	1,50 %	4,65
71.—80. „	237	5	2,11 %	10,91
80.–X	39	2	5,13 %	22,28

Berechnet von Weinberg aus Zeitschrift des k. bayer. statist. Bureaus 45. 1913 unter der Voraussetzung, daß auf 1000 lebendgeborene Mädchen 1056 Knaben kommen.

Hier sind die in Rubrik a (der Generaltabelle) ersichtlichen Beobachtungen der einzelnen Lebensjahre zu größeren Lebensperioden entsprechend dem Einteilungsprinzip der bayerischen Mortalitäts-Statistik zusammengefaßt und mit den Ergebnissen der letzteren verglichen. (Siehe auch S. 46.)

Tabelle 19 (Erläuterung siehe S. 45).

Sterblichkeit der Dementia praecox-Sekundärfälle nach Beginn der Erkrankung.

Im	Zahl der beobachteten Lebensjahre	Todesfälle	
		faktisch	erwartungsmäßig auf Grund der Sterblichkeit aller Geschwister
15. Lebensjahr	1	—	1 · 0,0023 = 0,0023
16.–20. „	63,5	3	63,5 · 0,0035 = 0,22225
21.–30. „	324,5	6	324,5 · 0,0044 = 1,4278
31.—40. „	258,5	2	258,5 · 0,0061 = 1,57685
41.—50. „	65	2	65 · 0,0068 = 0,4420
51.—60. „	20	—	20 · 0,0159 = 0,3180
61.–70. „	3,5	1	3,5 · 0,0150 = 0,0525
Summe		14	4,0417

In der Tabelle 19 (S. 45) ist auf Grund der bei den Geschwistern der Probanden in verschiedenen Altersklassen für die verschiedenen Lebensjahre der an Dementia praecox Erkrankten die erwartungsmäßige Sterblichkeit berechnet und mit deren tatsächlicher Sterblichkeit verglichen. Letztere ist mit 14 : 4,0417 $3\frac{1}{2}$ mal höher als die Erwartung. Wir erhalten auf diese

Weise wenigstens ein vorläufiges Bild des Einflusses der Erkrankung auf die Sterblichkeit der Befallenen.

Es wurden (General-Tabelle 15) zunächst von den Gesamtsummen der in Rechnung gestellten Geborenen die Totgeborenen abgezogen und so die lebend Geborenen oder in das erste Lebensjahr eingetretenen erhalten. Von diesen wurden wieder die im 1. Lebensjahr Gestorbenen, und die in diesem Alter Ende 1911 aus der Beobachtung geschiedenen abgezogen. So ergab sich als Zahl der zu Anfang des 2. Lebensjahres noch in Beobachtung befindlichen — siehe Rubrik l — die Zahl 4156 — 1023 — 1 = 3132, die Fortsetzung dieses Verfahrens bis zum 88. Lebensjahr ergab die Zahlen für alle einzelnen Jahre und endete damit, daß im 89. Jahre niemand mehr übrig war.

Diese Zahlen bilden jedoch noch nicht die endgültige Grundlage der Sterblichkeitsberechnung. Denn von den in ein bestimmtes Altersjahr Eingetretenen waren nicht alle einer ganzjährigen Beobachtung ausgesetzt; die Personen, welche mit dem Ende des Jahres 1911 lebend aus der Beobachtung traten, waren vielmehr durchschnittlich nur $^1/_2$ Jahr in dem Durchschnittsalter beobachtet.

Solcher Personen sind es z. B. im 16. Lebensjahr (s. Rubrik f) 40 gewesen, die nur $^1/_2$ Jahr beobachtet wurden, sie sind daher von der Zahl der ins 16. Lebensjahr Eingetretenen 2537 (s. Rubrik l) hälftig abzuziehen. Man erhielt so als Zahl der ganzjährigen Beobachtungen $2537 - {}^1/_2 . 40 = 2517$. (S. Rubrik a).

Indem man dann diese Zahl vergleicht mit der Zahl der in dem Alter (16. Lebensjahr) Gestorbenen — 5 — (Rubrik t), ergibt sich als Sterbenswahrscheinlichkeit des 16. Lebensjahres $\frac{5}{2517} = 0{,}0019$.

In Tabelle 18, Seite 45 sind dann die in Rubrik a ersichtlichen Beobachtungen der einzelnen Lebensjahre zu größeren Lebensperioden, entsprechend dem Einteilungsprinzip der bayerischen Mortalitätsstatistik, zusammengefaßt, und mit Ergebnissen der letzteren verglichen.

Es wurde ferner in gleicher Weise die Zahl der beobachteten Lebensjahre der Dementia praecox-Fälle ermittelt und mit Hilfe der aus dem Gesamtmaterial (Tabelle 18, S. 45) gewonnenen Sterbenswahrscheinlichkeiten die Zahl der erwartungsmäßigen Todesfälle berechnet und mit den eingetroffenen verglichen. Letzterer waren es 14 gegen 4,0417 erwartete (Tabelle 19, S. 45).

Über die Einteilung der Tabelle 15, soweit sie die Urzahlen betrifft, ist eine weitere Äußerung unnötig. Das Material umfaßt 4370 Erfahrungen über Geschwister von Dementia praecox-Kranken, die Insassen der Klinik (Probanden) waren. Von diesen konnten aber 17 nicht verwertet werden, indem die Daten über Geburtszeit oder erreichtes Alter beim Tode unbekannt blieben. Unbekannt blieben ferner die Daten der Erkrankung bei 2 Dementia praecox-Fällen und 3 anderen Geisteskranken. Einer dieser Fälle scheidet wegen gleichzeitig unbekanntem Todesalter ganz aus. Der andere wurde in das 23. Lebensjahr versetzt, da dieses Alter ebenso viele der Erkrankten überschritten hatten wie nicht erreichten [1]).

[1]) Ein ganz exaktes Verfahren würde darin bestehen, daß man die Fälle mit unbekanntem Alter entsprechend der Verteilung derjenigen mit bekanntem Alter verteilt; das würde aber zu einem Arbeiten mit kleinen Bruchteilen von Personen führen und ist hier deshalb entbehrlich, weil die Fälle mit unbekanntem Alter überhaupt nur einen sehr geringen Prozentsatz des Materials betreffen und es sich doch ohnehin nur um provisorische Berechnungen und Demonstrationen der Methodik handelt.

Es galt zunächst für Zwecke der Sterblichkeitsuntersuchung, die ja gleichzeitig auch der Kontrolle der Vollständigkeit des Materials diente, die für jedes Alter beobachteten Lebensjahre zu berechnen. Dabei wurde das von Weinberg in seinem Artikel Medizinalstatistik (Grotjahn Kaups Handwörterbuch der sozialen Hygiene, Leipzig 1912) und seinem Buche „die Kinder der Tuberkulösen, Leipzig 1913" geschilderte Verfahren der Herstellung von individualstatistischen Sterbetafeln befolgt.

Außerdem diente die Generaltabelle (Tabelle 15, S. 38) der Berechnung einer reinen Morbiditätstafel, deren Herstellung von Weinberg angegeben und ausgeführt wurde.

Diese hat folgenden Zweck:

Es handelt sich um ein Material, bei dem nicht alle Individuen bis zum Ende ihres Lebens beobachtet sind, es hat daher von den noch Lebenden eine nicht unerhebliche Zahl Aussicht, noch an Dementia praecox zu erkranken. Von den Gestorbenen hingegen ist ein großer Teil schon zu einer Zeit (Kindesalter) aus der Beobachtung geschieden, in der erfahrungsgemäß die Dementia praecox nicht oder jedenfalls äußerst selten auftritt, auch von den später Gestorbenen hätte bei längerem Leben noch ein Teil an Dementia praecox erkranken können. Wenn man daher wissen will, wie häufig die Anlage zur Dementia praecox existiert, muß man die Erfahrungen eines Materials verwerten, in dem jeder einzelne einen genügenden Zeitraum zur Entfaltung der Anlage zur Verfügung hatte, oder man muß berechnen, was sich auf Grund der in den einzelnen Lebensjahren gewonnenen Erfahrungen als Erkrankungswahrscheinlichkeit für Personen oder für Bevölkerungen ergibt, die nicht vor Überschreitung der Gefährdungszone sterben.

Es handelt sich also um ein ähnliches Verfahren, wie bei der Sterbetafel. Während man aus letzterer ableitet, wie häufig in ein bestimmtes Alter eintretende Personen in einer bestimmten Zeit sterben oder nicht sterben, war bei der Morbiditätstafel zu berechnen, wie groß für die in das Alter der Gefährdung Eintretenden die Wahrscheinlichkeit des Erkrankens oder Nichterkrankens bis zum Erleben des Endes der Gefährdungsperiode ist. Dabei ergibt sich die Erkrankungsgefahr (Risiko) der ganzen Gefährdungszone für die Nichterkrankten aus den Wahrscheinlichkeiten für die einzelnen Lebensjahre zu erkranken oder nicht zu erkranken in genau der gleichen Weise, wie in der Sterbetafel die Sterbensgefahr für die Lebenden aus den Sterbens- und Überlebenswahrscheinlichkeiten der einzelnen Lebensjahre berechnet wird.

Es handelt sich also, da die Zahl der Erkrankten d_p in jedem Alter feststeht, nur darum, die ihnen entsprechende Gesamtheit, das heißt, die der Beobachtung ausgesetzten Nichterkrankten jedes Alters zu berechnen.

Zu diesem Zweck wurde neben der Zeit der Erkrankung auch das Alter des Austritts aus der Beobachtung durch Erleben des Endes des Jahres 1911 oder durch den Tod ermittelt und in die Rubriken f_d und t_d die entsprechenden Zahlen eingetragen.

Damit war es möglich, die Gestorbenen und Ende 1911 Lebenden jedes Alters zu zerlegen in solche Personen, die bereits an Dementia praecox litten, und solche, die nicht daran erkrankt waren.

Bis zum Beginn des 15. Lebensjahres stimmt die Gesamtzahl der Lebenden und Nichterkrankten überein, da bis dahin in der Tafel keine Erkrankungen an Dementia praecox stattfanden. In diesem Alter setzt dann der Unterschied in der Berechnung der Morbiditätstafel und Sterbetafel ein. Die Berechnung der Beobachtungen Nichterkrankter vollzieht sich nun wie folgt:

Im 15. Lebensjahr schieden von den 2578 Nichterkrankten (lnd), in Beobachtung eingetretenen Personen 33 Lebende und 5 Tote Nichterkrankte, welche der Beobachtung auf Erkrankung hin durchschnittlich auf $^1/_2$ Jahr ausgesetzt waren, aus der Beobachtung aus. Die Zahl der ganzjährigen Beobachtungen Nichterkrankter betrug daher in diesem Lebensjahr:

$$\overset{\text{lnd}}{2578} - {}^1/_2 \underset{\text{lebende}}{(}\overset{\text{f}}{33} + \overset{\text{t}}{8}\underset{\text{tote}}{)} = 2557{,}5$$

Im ganzen waren Ende des 15. Lebensjahres aus der Beobachtung geschieden 33 nichterkrankte Lebende, 8 nichterkrankte Tote und 2 erkrankte Personen, so daß in das 16. Lebensjahr Nichterkrankte übertraten

$$2578 - 33 - 8 - 2 = 2535$$

Ebenso ergeben sich für das 16. Lebensjahr $2535 - {}^1/_2 \overset{\text{lebende}}{(}40 + \overset{\text{tote}}{5}) = 2487$ Beobachtungen Nichterkrankter und $2535 - 40 - 5 - 3 = 2487$ in das 17. Lebensjahr nicht erkrankt Übergetretene. Bei der Berechnung der Beobachtungen für das 17. Lebensjahr kommt nun folgende Überlegung in Betracht:

Von den 9 Toten sind bereits 2 erkrankt, also unerkrankt ausgeschieden nur $9 - 2 = 7$, während Ende 1911 34 Lebende unerkrankt ausschieden.

Somit beträgt die Zahl der einjährigen Beobachtungen Nichterkrankter

$$2487 - {}^1/_2 (34 + 9 - 2) = 2466{,}5$$

In das 18. Jahr traten unerkrankt über:

$$2487 - (34 + 9 - 2) - 6 = 2440$$

Im 18. Lebensjahr waren von 40 Ende 1911 ausgetretenen Lebenden $40 - 1$ unerkrankt, unerkrankt gestorben 7, daher Beobachtungen $= 2440 - {}^1/_2 (40 - 1 + 7) = 2417$, ins 19. Lebensjahr übergetreten unerkrankt $2440 - (40 - 1 + 7) - 8$ (Erkrankte) $= 2386$.

Davon unerkrankt lebend Ende 1911 ausgeschieden $55 - 2$,
„ „ tot „ 1911 „ $10 - 1$
somit Beobachtungen:

$$2386 - {}^1/_2 (55 - 2 + 10 - 1) = 2355.$$

Ins 20. Jahr übergetreten

$$2386 - (55 - 2 + 10 - 1) - 6 = 2318.$$

Damit dürfte das Verfahren klar sein. Beträgt die Zahl der zu Anfang eines Lebensjahres unerkrankt lebenden l_{nd}, die Zahl der Ende 1911 überhaupt lebend ausgetretenen f, die der erkrankt ausgetretenen f_d, die aller Toten t, die der erkrankten Toten t_d und die der Neuerkrankungen d, so ist die Zahl der Beobachtungen Nicht-Erkrankter dieses Alters

$$a_{nd} = l_{nd} - {}^1/_2 (f - f_d + t - t_d)$$

Und die Zahl der nicht erkrankt ins nächste Jahr übertretenden —

$$l_{nd} - (f - f_d + t - t_d) - d$$

Nachdem auf diese Weise die Zahlen der Beobachtung Nicht-Erkrankter jedes Alters erhalten waren, war es möglich, durch Vergleich dieser Zahlen

mit den Zahlen der im gleichen Alter neu Erkrankten (d) die Erkrankungswahrscheinlichkeit des betreffenden Jahres

$$m_d = \frac{d}{a_{nd}}$$

zu berechnen. Um weiterhin auch die Wahrscheinlichkeit des Nichterkrankens, n_d, zu erhalten, braucht man nur nd von 1 abzuziehen. Es ist aber einfacher, n_d direkt zu berechnen. Indem man nämlich für jedes Alter die Zahl der Erkrankungen (d) von der Zahl der Beobachtungen nicht Erkrankter (a_{nd}) abzieht, erhält man als Zahl der Nichterkrankungen $u_{nd} - a_{nd} - d$ und als Wahrscheinlichkeit der Nichterkrankung

$$n_d = \frac{u_{nd}}{a_{nd}}.$$

Dieses Verfahren war im vorliegenden Fall schon deshalb vorzuziehen, weil es bei der infolge der Kleinheit des Materials großen Unausgeglichenheit der Erkrankungsziffern der einzelnen Lebensjahre keinen Wert hat, diese einzelnen Ziffern zu berechnen. Außerdem aber beruht die Berechnung der Erkrankungswahrscheinlichkeit für die ganze Gefährdungsperiode nicht auf der Kenntnis der Erkrankungswahrscheinlichkeiten der einzelnen Lebensjahre, sondern auf derjenigen der Nichterkrankungswahrscheinlichkeiten. Indem

Tabelle 20 (Erläuterung siehe S. 50).

Logarithmen der Erkrankungswahrscheinlichkeit.

14.	Lebensjahr	0,0000000
15.	„	9,9996603
16.	„	9,9994811
17.	„	9,9989423
18.	„	9,9985601
19.	„	9,9988921
20.	„	9,9992396
21.	„	9,9988209
22.	„	9,9991864
23.	„	9,9993680
24.	„	9,9978071
25.	„	9,9986253
26.	„	9,9990413
27.	„	9,9989950
28.	„	9,9989391
29.	„	9,9994342
30.	„	0,0000000
31.	„	9,9990291
32.	„	9,9982594
33.	„	9,9996233
34.	„	9,9995912
35.	„	9,9991082
36.	„	0,0000000
37.	„	9,9994752
	Summe	9,9800792, Numerus dazu = 0,9552

$M = 1 - 0{,}95524 = 0{,}0448.$

man nämlich diese miteinander multipliziert (bzw. ihre Logarithmen — siehe Tabelle 20, Seite 49 — addiert), ergibt sich nach einer bekannten elementaren Regel der Wahrscheinlichkeitsrechnung die Wahrscheinlichkeit des Nichterkrankens in der ganzen Gefährdungsperiode, die wir als N_d bezeichnen wollen, und indem man diese von der Zahl 1 abzieht, die Erkrankungswahrscheinlichkeit für die gesamte Periode $M_d = 1 - N_d$. Es beträgt nun, wie sich aus den in Tabelle 20, Seite 49 zusammengestellten Logarithmen der Nichterkrankungswahrscheinlichkeiten für die einzelnen Lebensjahre ergibt, entsprechend ihrer Summe die Nichterkrankungswahrscheinlichkeit der ganzen Gefährdungsperiode $N_d = 0{,}95524$ und somit die Erkrankungswahrscheinlichkeit $M_d = 1 - 0{,}95524 = 0{,}0448$ oder $4{,}48\%$.

Wir hätten nun allerdings, wenn es uns nicht daran gelegen gewesen wäre, die exakteste Methode in concreto zu demonstrieren, die Erkrankungswahrscheinlichkeit für die ganze Gefährdungszone mit großer Annäherung einfacher berechnen können. Fassen wir nämlich die Zahl der Beobachtungen Nichterkrankter und ihre Erkrankungen zu größeren Altersperioden zusammen und berechnen deren Erkrankungswahrscheinlichkeiten, so ergibt sich folgendes:

	Beobachtungen	Erkrankungen	Erkrankungswahrscheinlichkeit
15.—20. Lebensjahr	14 595,0	29	0,0020
21.—30. „	18 439,0	43	0,0023
31.—37. „	7 480,0	13	0,0018
Insgesamt	40 514,0	85	0,002098

d. h. die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist innerhalb der Gefährdungszone nicht sehr stark. (Fraglich ist allerdings, ob ein größeres Material zu demselben Ergebnis führen wird.)

Wir können daher aus der durchschnittlichen Erkrankungsziffer 0,002098 eine durchschnittliche Nichterkrankungsziffer pro Jahr $= 1 - 0{,}002098 = 0{,}997\,902$ konstruieren. Indem wir entsprechend der Zahl der Gefährdungsjahre (15.—37. Lebensjahr) die durchschnittliche Erkrankungswahrscheinlichkeit pro Jahr auf die 23. Potenz erheben und das erhaltene Produkt von 1 abziehen, können wir annähernd die Erkrankungsziffer für die gesamte Zeit berechnen, die also $= 1 - (1 - 0{,}002098)^{23} = 1 - 0{,}95284 = \mathbf{0{,}04716 = 4{,}72\%}$ ist.

Dies kommt aber bei der Kleinheit der Erkrankungsziffer der einzelnen Lebensjahre auf dasselbe heraus, wie wenn man auch die durchschnittliche Erkrankungsziffer mit 23 multipliziert hätte. Dabei erhält man tatsächlich auch den Wert $= \mathbf{0{,}048254 = 4{,}83\%}$.

Immerhin sind diese Zahlen gegenüber den ganz exakten Ziffern (0,0448, S. 49 u. 50) etwas zu groß. Diese Ziffern stellen nun die auf Grund der erblichen Anlage und der ev. in Betracht kommenden Milieuwirkungen bei einem lange genug lebend beobachteten Material zu erwartende Zahl der Dementia praecox-Fälle dar.

Dabei ist allerdings vorausgesetzt, daß sowohl die vor dem Erleben des Endes der Gefährdungszone lebend Ausgeschiedenen wie ganz besonders die vorzeitig Gestorbenen jeweils dieselbe Verteilung der Erbanlagen in bezug auf Dementia praecox aufweisen, wie die Beobachteten, d. h., es ist vorausgesetzt, daß der Besitz der Anlage nicht schon vor der Erkrankung zu einer erhöhten Sterblichkeit führt.

Die Berechnung der Morbiditätstafel hatte nun noch weiterhin den Zweck, festzustellen, ob ein bestimmtes, abgekürztes Verfahren, das bestimmt ist, der ungenügend langen Beobachtung eines Teiles der Individuen Rechnung zu tragen, wenigstens annähernd richtige Resultate zu liefern vermag.

Dieses Verfahren besteht darin, daß man die bis zum Beginn der Gefährdungszone, das heißt bis zum Ende des 13. Lebensjahres lebend oder tot aus der Beobachtung Geschiedenen gar nicht, die von da bis zum Ende des 36. Lebensjahres ausgeschiedenen halb, die übrigen Individuen ganz in Rechnung stellt. Die diesem Verfahren zugrunde liegende Voraussetzung ist dabei also, daß die zwischen 13 und 40 Jahren ausgeschiedenen durchschnittlich die halbe Zeit in Beobachtung waren und daß die Mortalität während dieser Zeit keinen erheblichen Schwankungen ausgesetzt ist, wofür ja die gefundenen Unterschiede sprechen. Wir haben zu Anfang des 14. Lebensjahres 2600 Individuen, von denen 2020 lebend und tot bis zum 40. Lebensjahre ausscheiden; diese sind also hälftig zu rechnen. Wir erhalten auf diese Weise eine Bezugsgesamtheit von 2600 — $^1/_2$ mal 2020 oder 1590 Individuen, zu welchen die 85 Sekundärfälle ins Verhältnis zu setzen sind; das sind also 5,35% der Gesamtheit. Dieser Wert ist von dem exakten Wert 4,5 nur verhältnismäßig wenig verschieden.

Bei der Anwendung dieser abgekürzten Methode wird allerdings darauf zu achten sein, daß die Art des untersuchten Problems nicht ihrerseits die Vergleichbarkeit der Zahlen beeinträchtigt. (Siehe unter Geburtenfolge, S. 92 ff.)

Wir haben gesehen, daß durch die Berechnungen der Morbiditätstafel der anzunehmende Prozentsatz der Dementia praecox-Fälle eine Erhöhung erfahren hat.

Nehmen wir nun an, daß auf die „Anderen Psychosen" die Anwendung einer analogen Erhöhung zulässig ist, so würden wir, da auf 4270 Geburten 79 „andere Psychosen" kommen, als definitiven Prozentsatz von „anderen Psychosen" unter den Geschwistern von Dementia praecox-Kranken (bei Nachkommen von DR mal DR-Eltern) erhalten:

$$\frac{79 \text{ mal } 4{,}48}{2{,}01} : 4270 = 0{,}412$$
$$= 4{,}12\,\%.$$

Aus den Darlegungen des Kapitels 2 ergibt sich, wenn wir zusammenfassen, der wichtige Schluß, daß die Dementia praecox bei den Kindern Dementia praecox-freier Eltern nur zu 4,48% (vgl. S. 50) auftritt. Also nur zwischen $^1/_{32}$ (3,1%) und $^1/_{16}$ (6,25%) der Kinder Dementia praecox-freier Eltern erkrankten an Dementia praecox, was auch bereits dafür spricht, daß die Krankheit oder die Anlage dazu eher nach dem rezessiven, als nach dem dominanten Modus sich vererbt.

Die Annahme, daß das Merkmal Dementia praecox mit dem Merkmal Dementia praecox-frei ein einfaches mendelndes Merkmalspaar bilde, wobei Dementia praecox rezessiv, Dementia praecox-frei dominant wäre und somit von den Kindern Dementia praecox-freier Eltern 25% = $^1/_4$ Dementia praecox-krank sein müßten, diese Annahme ist also hinfällig. Sie wäre die einfachste gewesen. Mit ihr scheint sich der eine oder andere Psychiater in unserer ersten Ära psychiatrischer Anwendungen mendelistischer Ideen befreunden zu wollen.

Sie wird aber durch das vorliegende Ergebnis zerstört. Die Dementia praecox scheint also kein monohybrides Merkmal zu sein, d. h. kein Merkmal, das nur durch ein Gen oder nur durch einen einfachen Vererbungs-Faktor bedingt wird.

Die Dinge liegen ganz offenbar verwickelter.

Es liegt hier also ein ähnliches Ergebnis vor, wie es Weinberg bei der Nachprüfung des Davenportschen Materials über Epilepsie, des Wittermannschen über Dementia praecox und des Literaturmaterials über eine Form des Zwergwuchses (Achondroplasie) erhalten hat.

Immerhin könnte man nun angesichts unseres Befundes zur Annahme des nächst einfachen mendelschen Verhältnisses schreiten. Denn 4,48% ist recht nahe an $^1/_{16}$ (= 6,25%) und man könnte sich denken, daß diese Proportion deshalb nicht ganz erreicht wird, weil vielleicht doch nicht alle Dementia praecox-Fälle, die in den Geschwister-Serien auftraten, zu unserer Kenntnis gekommen sind.

Im Verhältnis zu $^1/_{16}$ werden die rezessiven Homozygoten bei der dihybriden Kreuzung abgespalten, das heißt bei jener Kreuzung, wo zwei konkurrierende Merkmalspaare vorhanden sind und wo völlige Dominanz herrscht. Da treffen die rezessiven Erbanlagen der Merkmalspaare einmal unter 16 Gesamtkombinationen zusammen, so daß ein völlig rezessiv aussehendes Individuum resultieren muß.

So könnten wir denn auch annehmen, daß in Dementia praecox-freien Eltern, welche Dementia praecox-Kinder haben, 2 mendelnde Merkmalspaare in Aktion sind, daß ihre äußerliche, wirkliche oder scheinbare Gesundheit (das heißt ihr Freibleiben von Dementia praecox) deshalb zustande kommt, weil sie die beiden dominanten, für uns aber durch äußere Kennzeichen vielleicht noch nicht erkennbaren, jedenfalls aber noch nicht erkannten Faktoren besitzen, daß sie aber, latent, noch die zwei uns ebenfalls noch unbekannten rezessiven Faktoren mit sich führen, die beide vorhanden sein müssen, damit Dementia praecox entsteht, die also beide gewissermaßen sich gegenseitig zu Dementia praecox ergänzen, aber, auch wenn sie beide vorhanden sind, erst dann sichtbare Dementia praecox erzeugen können, wenn die dominanten „Gesundheits-Bestimmer" fehlen, das heißt, wenn, exakter ausgedrückt, diejenigen zwei dominanten Faktoren fehlen, welche das Merkmal „Dementia praecox-frei" bedingen.

Nehmen wir, um unsere Annahme auch für biologisch weniger geschulte Leser etwas anschaulich zu machen, an, die Erbformel jener Dementia praecox-freien Eltern, welche Dementia praecox-kranke Kinder haben, sei, rein hypothetisch,

X Y	x y
dominante Faktoren (Faktoren, die den Charakter „Dementia praecox-frei" bestimmen)	rezessive Faktoren oder Dementia praecox-Ergänzer

oder in anderer Stellung der Faktoren

X x	Y y
1tes mendelndes Paar	2tes mendelndes Paar.

das heißt, es seien X und Y Faktoren (ob äußerlich für uns schon erkennbar oder nicht, ist zunächst gleichgültig), deren einzelne oder gemeinsame Anwesenheit unbedingt notwendig ist, aber auch genügt, um ihre Besitzer als Dementia praecox-frei erscheinen zu lassen, x y dagegen seien Faktoren, deren jeder für sich allein zwar Dementia praecox nicht erzeugen kann, aber doch etwas zum Zustandekommen der Dementia praecox beiträgt, ja zu ihrem Auftreten unerläßlich ist, die aber, auch wenn sie zusammen im gleichen Individuum vorkommen, nur dann Dementia praecox erzeugen können, wenn sie in ihrer Entfaltung nicht durch die gleichzeitige Anwesenheit irgend eines Gesundheitsfaktors X oder Y oder beider Gesundheitsfaktoren X und Y behindert werden.

Anders ausgedrückt X und Y seien dominant, x und y rezessiv. (Vergleiche hierzu auch die Ausführungen auf Seite 110.)

Unter diesen Annahmen würden dann unsere Eltern mit der Zusammensetzung XY xy die folgenden vier Keimzellen-Arten mit folgendem Faktoren-Inhalt bilden: XY; Xy; Yx; xy.

Lassen wir nun die diese Faktoren (Anlage-Bestimmer) enthaltenden Keime des Dementia praecox-freien Vaters mit den gleichen Keimen der Dementia praecox-freien Mutter sich verbinden, so erhalten wir das folgende Schema, welches ganz allgemein das der dihybriden Kreuzung ist.

Figur 21 (Erläuterung siehe Seite 54 und folgende.)

Männliche Keime.

Weibliche Keime.	XY	Xy	xY	xy
XY	XY 1 XY Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	Xy 2 XY Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	xY 3 XY Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	xy 4 XY Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox
Xy	XY 5 Xy Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	Xy 6 Xy Äußerlich = Xy = Nicht-Dementia praecox	xY 7 Xy Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	xy 8 Xy Äußerlich = Xy = Nicht-Dementia praecox
xY	XY 9 xY Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	Xy 10 xY Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	xY 11 xY Äußerlich = xY = Nicht-Dementia praecox	xy 12 xY Äußerlich = xY = Nicht-Dementia praecox
xy	XY 13 xy Äußerlich = XY = Nicht-Dementia praecox	Xy 14 xy Äußerlich = Xy = Nicht-Dementia praecox	xY 15 xy Äußerlich = xY = Nicht-Dementia praecox	xy 16 xy Äußerlich = xy = Dementia praecox

Wir sehen in Fig. 21 auf Seite 53, daß die erhaltenen 16 Kombinationen:

1 mal nur die dominanten Faktoren enthalten (Feld 1),
4 mal die dominanten und 1 rezessiven (Feld 2, 3, 5, 9),
6 mal die sei es gleichen, sei es verschiedenen dominanten und 2 rezessive (Feld 4, 6, 7, 10, 11, 13),
4 mal einen dominanten und 3 rezessive (Feld 8, 12, 14, 15) und
1 mal nur die rezessiven Faktoren (Feld 16).

Die Keim-Anlagen-Zusammensetzung xyxy aber würde ja eben unseren Voraussetzungen entsprechen, von denen wir das Ausbrechen manifester Dementia praecox abhängig gemacht haben.

Denn hier sind beide zum Manifestwerden einer Dementia praecox unerläßlichen Anlagen, anders beide Dementia praecox-Bestimmer oder noch anders Dementia praecox-Ergänzer vereinigt, wogegen andererseits keine Anlagen (X oder Y oder beide) vorhanden sind, welche das Merkmal Dementia praecox-frei in dominanter Weise bestimmen, die Entfaltung der vereinigten beiden Dementia praecox-Bestimmer (xy) also verhindern würden.

Ob freilich die Dinge eine solche, immer noch recht einfache Erklärung zulassen, wird erst die weitere Forschung entscheiden können.

Wie sehr viele Umstände die erhaltene Proportion beeinflussen können, dürfte ja ohnehin aus meinen bisherigen Ausführungen zu ersehen und daher die Schwierigkeit einer praktischen Lösung des Proportionsproblems im gegenwärtigen primitiven Stadium der psychiatrischen Materialsammlung voll zu begreifen sein.

Vielleicht bringt uns eine genauere Erkennung der Geschwister und Eltern von Dementia praecox-Kindern, als sie hier schon erreicht werden konnte, auf unserem Wege weiter.

Denn, wie man sieht, ist in den bisherigen Darlegungen, im vollen Bewußtsein der Notwendigkeit, zunächst ganz einfache Fragestellungen auf ihre Richtigkeit hin zu prüfen, das gesamte Material lediglich nach den zwei Hauptkriterien:

„Dementia praecox-behaftet“ und
„Dementia praecox-frei“

gesondert und zur Betrachtung der Proportionenseite des Vererbungsproblems herangezogen worden.

Allein ein Blick auf Fig. 21, Seite 53, lehrt sofort, daß, auch bei Annahme der Tatsächlichkeit eines so einfachen Sachverhalts, doch die in den Feldern 1—15 stehenden Individuen die verschiedenste gametische Zusammensetzung aufweisen, also die verschiedensten Genotypen darstellen, wenn sie auch alle mit Rücksicht auf das Merkmal „Dementia praecox-frei“ äußerlich gleich aussehen, also gleiche Phänotypen sind.

Die 15 mit Rücksicht auf das Merkmal „Dementia praecox-frei“ identischen Phänotypen setzen sich in Wirklichkeit aus 9 Genotypen zusammen.

Nämlich, es findet sich

1. der Typus $\left.\begin{matrix}XY\\XY\end{matrix}\right\}$ 1 mal (Feld 1),

2. „ „ $\left.\begin{matrix}Xy\\XY\end{matrix}\right\}$ 2 mal (Feld 2 und 5),

3. der Typus $\left.\begin{matrix}xY\\XY\end{matrix}\right\}$ 2 mal (Feld 3 und 9),

4. „ „ $\left.\begin{matrix}xy\\XY\end{matrix}\right\}$ 2 mal (Feld 4 und 13),

5. „ „ $\left.\begin{matrix}Xy\\Xy\end{matrix}\right\}$ 1 mal (Feld 6),

6. „ „ $\left.\begin{matrix}xY\\Xy\end{matrix}\right\}$ 2 mal (Feld 7 und 10),

7. „ „ $\left.\begin{matrix}xy\\Xy\end{matrix}\right\}$ 2 mal (Feld 8 und 14),

8. „ „ $\left.\begin{matrix}xY\\xY\end{matrix}\right\}$ 1 mal (Feld 11),

9. „ „ $\left.\begin{matrix}xy\\xY\end{matrix}\right\}$ 2 mal (Feld 12 und 15).

wozu dann aber noch als zehnter Genotypus für die 16 Anlage-Kombinationen der dem Phänotypus Dementia praecox entsprechende Genotypus $\left.\begin{matrix}xy\\xy\end{matrix}\right\}$ käme[1]).

Ist nun unsere Voraussetzung richtig, daß

X und Y verschiedene dominante Faktoren und

x und y verschiedene rezessive Faktoren sind, so können die genannten 9 Genotypen nach dem gewöhnlichen Verlauf der dihybriden Kreuzung nicht neunerlei äußeres Aussehen haben, sondern nur dreierlei, und zwar würde gleiches äußeres Aussehen zu erwarten sein:

		Feld	
1. bei den Genotypen	XYXY	1	alle = XY; das heißt völlig dominant aussehend.
	XyXY	2	
	xYXY	3	
	xyXY	4	
	XYXy	5	
	xYXy	7	
	YXxY	9	
	XyxY	10	
	und		
	XYxy	13	
		Feld	
2. bei den Genotypen	XyXy	6	alle = Xy, das heißt dominant nur durch Faktor X.
	xyXy	8	
	Xyxy	14	
		Feld	
3. bei den Genotypen	xYxY	11	alle = xY, das heißt dominant nur durch Faktor Y.
	xyxY	12	
	xYxy	15	

[1]) Ich gebe hier eine ausführlichere und etwas andere Darstellung als Weinberg in seinen Arbeiten über Zwergwuchs und über Auslesewirkungen bei biologisch-statistischen Problemen, indem ich in den Formeln für die Genotypen die Partialformeln der Gameten untereinander, bzw. nebeneinander stelle und nicht, wie sonst üblich, die Partialformeln der einzelnen Allelomorph-Kombinationen.

Daraus geht hervor, daß wenn unsere Annahmen richtig sind, neben dem Auftreten von $^1/_{16}$ Dementia praecox-Typen noch dreierlei andere Typen zu erwarten wären, die zwar alle Dementia preacox-frei, das heißt frei von jenem Phänotypus, der dem Genotypus xyxy entspricht, aber doch unter sich wieder in dreifacher Beziehung verschieden.

Und zwar wird dem Psychiater zunächst der allerdings nicht zwingende Gedanke kommen, es könnte oder müßte hier eine dreifache Verschiedenheit in geistiger Beziehung zu erwarten sein[1]).

Gewiß liegt der Gedanke nahe und kann fruchtbar wirken, wenn er durch sorgfältige, nicht überhastete und nicht durch Voreingenommenheit beeinflußte Untersuchungen und Nachforschungen unterstützt wird.

Allein hier fehlt es noch und ich selbst wage noch nicht zu entscheiden, wie viele verschiedene, psychische, psychopathische oder psychotische Erbtypen neben den Dementia praecox-Geschwistern in den Geschwister-Sippschaften vorkommen, geschweige daß ich mich zu einem Versuch herbeilassen könnte, diese verschiedenen Typen jetzt schon nach ihrer relativen Häufigkeit auszuzählen und sie in irgendwelche mendelschen Proportionen hineinzuzwängen.

Die Behauptung der Notwendigkeit, nach dieser Richtung weiter zu forschen, dürfte aber nach meinen Ausführungen wohl berechtigt sein.

Und zwar auch noch aus folgenden Gründen:

Wir wissen bereits heute, daß bei Geschwistern von Dementia praecox-Kranken Zustände vorkommen, die sich sowohl von der ausgesprochenen, von jedem Psychiater als solcher anerkannten Dementia praecox, als auch von der völligen geistigen Gesundheit deutlich abheben.

Erinnert sei hier nur an die in solchen Geschwister-Sippschaften nicht so selten vorkommenden „verschrobenen Psychopathen", die man auch wohl infolge mancher psychopathologischer Berührungspunkte mit eigentlichen Dementia praecox-Kranken (alias schizophren Psychotischen) im Mechanismus des ganzen psychischen und psychomotorischen Verhaltens als schizophrene Psychopathen bezeichnet hat.

Wie sie pathogenetisch zu beurteilen sind, weiß noch niemand. Daß es sich, wie manche behaupten, immer lediglich um leichtere Grade der Dementia praecox handle, ist eine ebenso unbewiesene Behauptung, wie die wäre, sie irgend welchen anderen „Psychopathen" völlig gleichzusetzen.

Was wir wissen, ist nur, daß diese Sorte von Psychopathen auffallend häufig sich gerade in solchen Familien findet, in denen auch ausgesprochene Dementia praecox zu Hause ist.

Es wäre möglich, und es muß bei weiteren exakten mendelistischen Untersuchungen daran gedacht werden, daß diese schizophrenen Psychopathen ein phänotypischer Ausdruck für eine Reihe von Genotypen wären, welche irgendwie oder sogar vorwiegend beim Zustandekommen der Dementia praecox sich beteiligen und daher in Dementia praecox-Familien auch immer wieder auftauchen bzw. in solchen häufiger zu finden sein müßten als in Dementia praecox-freien Familien.

Wir wissen heute aber auch, daß auch nicht-schizophrene Psychopathen in Dementia praecox-Familien vorkommen, z. B. haltlose, in krimineller

[1]) Die Verschiedenheit kann aber auch auf einem Gebiete liegen, das sich der psychiatrischen Diagnostik entzieht.

Hinsicht eigenartig hartnäckige und unverbesserliche Psychopathen, denen schizophrene Züge nicht anhaften, es sei denn, daß man den Begriff des schizophrenen geistigen Verhaltens so sehr erweitere, daß schließlich kein Mensch mehr davon frei genannt werden kann.

Aber auch eigentliche Psychosen, die sich von der Dementia praecox klinisch und auch anatomisch einwandfrei unterscheiden, kommen bei Dementia praecox-Geschwistern vor, und nichts kann uns, einfach dem psychiatrischen Phantom der „gleichartigen Vererbung" zuliebe (vgl. S. 147 folgende), veranlassen, hier Unterschiede, mit denen überhaupt die klinische Psychiatrie steht und fällt, nicht zu achten. (Vgl. die Seiten 147 folgende.)

Schließlich seien auch die Gesunden unter den Geschwistern der Dementia praecox-Kranken nicht vergessen, die es zweifellos ebenfalls gibt, wenn man als geistig gesund denjenigen definiert, der trotz genauer Untersuchung, trotz Beobachtung während des ganzen Lebens nachweislich an psychopathischen oder psychotischen Zügen nichts dargeboten hat und auch durch seinen Lebensgang bewiesen hat, daß er ein durchschnittlich Angepaßter ist.

Die Verschiedenheiten, die es im Geisteszustand von Geschwistern gibt und geben kann, sind hier nur angedeutet.

Dabei muß es leider zurzeit noch bleiben.

Denn wer wollte heute ernstlich wagen, zu entscheiden, welche psychiatrischen Phänotypen etwa den von uns zunächst einmal der Anschaulichkeit halber rein hypothetisch postulierten $^{9}/_{16}$ vom Typus XY (vgl. S. 55) entsprechen, welche den $^{3}/_{16}$ vom Typus Xy und welche den $^{3}/_{16}$ vom Typus xY?

Nur weitere genealogische Forschung im steten Verein mit der klinischen Psychiatrie wird uns vielleicht in nicht allzu ferner Zeit in den Stand setzen, diese Verschiedenheiten, zum Teil wenigstens, wie die Dementia praecox selbst auch quantitativ einigermaßen genauer zu fassen, um so die Richtigkeit alter Annahmen zu prüfen und zu neuen, die weitere Forschung befruchtenden Annahmen und Fragestellungen zu gelangen.

Jedenfalls wird man auch darauf gefaßt sein müssen, daß die auf Fig. 21 S. 53 gegebene relativ einfache hypothetische Annahme einer Erklärung der von mir erhaltenen Dementia praecox-Proportionen von nicht ganz $^{1}/_{16}$ der tatsächlichen Kompliziertheit in der Erbentstehung der Dementia praecox noch nicht Rechnung trägt.

Kapitel 3.

Die Proportionenfrage bei den Nachkommen Dementia praecox-Kranker

oder, entsprechend unseren einfachsten Voraussetzungen, bei den Produkten von RR mal DR-Kreuzungen.

(1 Elter ist selbst Dementia praecox-krank (RR oder rezessiver Homozygoter), der andere Elter Dementia praecox-frei (DR-Heterozygoter).)

Die Vererbung der Dementia praecox von Elter auf Kind ist verhältnismäßig recht selten. Das wird von fast allen Autoren, die sich um die familiären Beziehungen der Dementia praecox gekümmert haben, in dieser oder jener Form betont. Trotzdem hat man sich gerade mit diesem Spezialfall der Vererbung am meisten abgegeben. Wie selten sie sein mag, ergibt schon die Zahl der auf Tabelle 22, S. 61 und Tabelle 23, S. 62 zusammengestellten sicheren Fälle, welche aus einem Material von weit über 1000 Familien gesammelt sind, wobei aber der Münchener Klinik fremdes Material zu Hilfe genommen werden mußte.

Aus der Klinik selbst stammen 34 Fälle (Tabelle 22), in denen mindestens 1 Kind (welches einen Dementia praecox-kranken Elternteil besitzt) selbst in der Klinik war. Zusammen mit den 18 Fällen, wo das Dementia praecox-Kind in fremden Anstalten untergebracht war (Tabelle 23) sind es 52 Fälle.

Schon dieser Sachverhalt ist der Annahme einer Dominanz der Anomalie recht ungünstig. In der Tat kann man an letztere auch nur denken, wenn man alle möglichen Hilfshypothesen heranzieht.

Wie gesagt, fiel auch anderen Autoren diese Seltenheit „direkter Vererbung" schon auf.

Bemerkenswert und eine Bestätigung meiner Befunde über ein und dasselbe Klinikmaterial für die Frage der Häufigkeit der direkten Erblichkeit der Dementia praecox ist die Erfahrung Zendigs, der, wie er mir mitteilte, bei seinen sehr zahlreichen persönlichen katamnestischen Erhebungen außerhalb der Klinik — bei denen er wie ich selbst auch mit vielen Eltern in Berührung kam — über das Schicksal Dementia praecox-Kranker der Münchener Klinik auf keinen Fall von direkter Vererbung von Dementia praecox gestoßen ist.

Auch die Arbeit von Dr. Rosa Kreichgauer, die in ihren ersten 12 Beobachtungen Fälle von Dementia praecox gibt, kann keinen einzigen Fall anführen, wo mit Sicherheit Dementia praecox bei Eltern und Kindern vorgekommen wäre. Und doch handelt es sich hier um ein ausgesuchtes Material aus einer großen Klinik, das klare Belege für das sichere, gewiß nicht seltene Vorkommen von Dementia praecox bei Geschwistern bringt.

Es ist schwer zu verstehen, daß der Autorin diese Fälle entgangen wären, wenn sie in einem selbst großen Material nicht tatsächlich eine verhältnismäßig geringe Rolle spielen würden.

Mancher Autor hat sich auch den Kopf zerbrochen über die merkwürdige Tatsache, daß die „indirekte Heredität" und besonders das Auftreten der Dementia praecox bei Geschwisterpaaren so ausgesprochen über die direkte Heredität überwiegt. So sagt Berze (1910), der unter seinem außerordentlich umfangreichen Material nur 11 Familien mit Dementia praecox bei einem Elternteil und bei einem oder mehren Kindern gefunden hat, S. 8: „Worauf die Tatsache, daß die indirekte Heredität und besonders das Auftreten der Dementia praecox bei Geschwisterpaaren so ausgesprochen über die direkte Heredität überwiegt, zurückzuführen wäre, ist nicht klar."

Unter dem Gesichtspunkte Mendelscher rezessiver Vererbung ist dies aber wohl verständlich, ja ganz selbstverständlich.

Auch Vorster hat den Eindruck der Seltenheit der direkten Vererbung der Dementia praecox lebhaft empfunden. Er meint: „Diese Tatsache mache es

bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, daß für die Entstehung der Dementia praecox erbliche Einflüsse allerdings einen günstigen Boden abgeben, ohne daß diese jedoch ausschließlich in Geisteskrankheiten bestehen. Wahrscheinlich wirken da noch sonstige schädliche hereditäre Verhältnisse mit. Die Durchsicht meines Materials hat mir jedoch in dieser Beziehung keinen positiven Anhaltspunkt ergeben."

Für die Proportionsberechnung der Fälle, in denen nicht bloß mindestens ein Kind, sondern auch mindestens ein Elter an Dementia praecox erkrankt ist, gelten dieselben Grundsätze wie für die Fälle, wo beide Eltern Dementia praecox-frei sind.

Liegt jedoch ein entsprechendes einfaches Mendelsches Verhältnis vor, wie wir es für die Fälle vorausgesetzt haben, in denen beide Eltern Dementia praecox-frei sind, so sind nicht bloß $^1/_4$, sondern die Hälfte der Kinder als krank zu erwarten.

Es frägt sich nun, ob das der Fall ist.

Das mir vorliegende Gesamtmaterial, wo ein Elter und mindestens ein Kind an Dementia praecox leiden, ist in den beigebenen Tabellen 22, S. 61 und Tabelle 23, S. 62 zusammengestellt, wo auch die Herkunft des Materials angegeben ist. (Im ganzen 34 + 18 = 52 Fälle.)

Das in der Tabelle 23 zusammengestellte Material ist jedoch nicht das Resultat einer lückenlosen Zählung der Klinik-Dementia-praecox-Probanden, wie das beim Material auf Tabelle 22 der Fall ist, sondern es ist dadurch zustande gekommen, daß mir besonders zu klinischen Zwecken verschiedene Anstaltsleiter auf meine Bitte Familien mit gehäufter Dementia praecox-Belastung und insbesondere solche, wo Elter und Kind an Dementia praecox erkrankt sein mußten, zur Verfügung stellten.

Es stellt also wohl kein einwandfrei repräsentatives Material dar, sondern eine Auslese von „interessanten Fällen", die sich zur statistischen Verarbeitung nach unseren Grundsätzen nicht eignet.

Die für unsere Zwecke verwertbare Zahl von Familien beträgt also hier nur 34 (Tabelle 22) mit insgesamt 166 Geschwistern, also einer durchschnittlichen Geburtenziffer von 166 : 34 = 4,88, also nahezu 5 Kindern pro Familie.

Davon sind, wenn wir zunächst die rohe Prozentbeziehung nach dem auf S. 28 für die DR mal DR-Kreuzungen befolgten, falschen Berechnungs-Prinzip anwenden, Dementia praecox-krank im ganzen 37 = 22,28%, also etwas mehr als $^1/_5$, das heißt etwa zwischen $^1/_5$ und $^1/_4$ aller Geschwister.

Andere Psychosen finden sich 5 = 3,01%.

Es sind also irgendwie geisteskrank (inklusive Dementia praecox-krank) überhaupt 42 = 25,30% aller Geschwister.

Zählen wir die 53 im Alter von 0—12[1]) gestorbenen Geschwister ab, so ergibt sich als Prozentsatz der an Dementia praecox erkrankten Geschwister

$$= \frac{3700}{166 - 53} = 32{,}74\,\% \ (33{,}03\,\%)$$

[1]) Die Ziffern für die im Alter von 0—17 Gestorbenen weichen nur wenig von den für 0—12 gefundenen ab; sie sind den Prozentberechnungen für die Gruppe gestorben 0—12 in Klammer nachgesetzt.

als Prozentsatz der an Psychosen überhaupt erkrankten Geschwister

$$= \frac{4200}{166 - 53} = 37{,}16\,\%\ (37{,}5\,\%)$$

Und zählen wir auch noch die 6 im Alter von 0—12 Jahren lebenden ab, so ergibt sich als Prozentsatz der an Dementia praecox erkrankten Geschwister

$$= \frac{3700}{166 - (53 + 6)} = 34{,}57\,\%\ (35{,}57\,\%)$$

als Prozentsatz der an Psychosen überhaupt erkrankten Geschwister

$$= \frac{4200}{166 - (53 + 6)} = 39{,}25\,\%\ (40{,}38\,\%)$$

Natürlich gelten hier auch die übrigen Ausführungen von S. 30 und folgende.

Anmerkung: Die Ziffern für das Gesamtmaterial, das heißt aus den Tabellen 22 und 23 zusammen, sind die folgenden:

$34 + 18 = 52$ Familien haben $166 + 120 = 286$ Geschwister, somit 5,5 Kinder pro Familie.

Davon Dementia praecox-krank $= 37 + 22 = 59 = 20{,}62\ \%$, also $^1/_5$ aller Geschwister.

Andere Psychosen $= 5 + 3 = 8 = 2{,}79\ \%$.

Also irgendwie geisteskrank sind $67 = 23{,}42\ \%$.

Abzüglich der mit 0—12 Jahren Gestorbenen erhalten wir:

An Dementia praecox erkrankte Geschwister

$$= \frac{5900}{286 - (53 + 40)} = 30{,}56\ \%$$

An Psychosen überhaupt erkrankte Geschwister

$$= \frac{6700}{286 - (35 + 40)} = 34{,}71\ \%$$

Abzüglich auch der unbekannt wann Gestorbenen, sowie der im Alter von 0—12 Jahren lebenden und unbekannt wie alt lebenden erhalten wir:

An Dementia praecox erkrankte Geschwister

$$= \frac{5900}{286 - (93 + 0 + 7 + 0)} = 31{,}72\ \%$$

An Psychosen überhaupt erkrankte Geschwister

$$= \frac{6700}{286 - (93 + 0 + 7 + 0)} = 36{,}02\ \%$$

Daß die Erkrankungsziffern in diesem für statistische Zwecke S. 59 als ungeeignet bezeichneten Material zufällig nicht größer, sondern gegen die Erwartung etwas kleiner sind als in dem regelrecht nach statistischer Methode gesammelten Material der Tabelle 22, beweist natürlich nichts gegen unsere Vorsicht, sie von jeder statistischen Verwendung auszuschließen.

Für unsere richtige Proportionsberechnung zu verwerten ist nur das Material aus gleicher Quelle (Tabelle 22), nämlich die Fälle, wo mindestens ein Dementia praecox-Kind in der Klinik untergebracht war und wo der Elter sich ebenfalls als Dementia praecox erwies, sei er nun selbst in der Klinik gewesen oder sei er durch Forschung als Dementia praecox-krank ermittelt worden (34 Fälle).

In Tabelle 24 sind die Proportionen, in welchen die Dementia praecox unter den Kindern von Dementia praecox-Eltern auftritt, berechnet worden, und zwar nach dem auf S. 51 dargelegten abgekürzten Verfahren, das darin besteht, daß man die im Alter von 0—12 Jahren gestorbenen und die im

Tabelle 22.

Übersichtstafel über das den Proportionsberechnungen zugrunde gelegte Material.

(Dementia praecox-Probanden, samt deren Geschwistern, welche von einem Dementia praecox-kranken und einem Dementia praecox-freien Elternteil abstammen, also als Produkte von RR × DR-Kreuzungen betrachtet werden.)

Fälle „direkter" Dementia praecox-Vererbung, bei denen mindestens 1 Kind in der Psychiatrischen Klinik München war.

Zahl der Geschwister-Serien 34		Zahl der Geschwister-Serien	Gesamtzahl der Geschwister	Gesamtzahl der Dementia-praecox-Fälle	Probanden-Dementia-praecox	Sekundärfälle von Dementia praecox	Andere Psychosen	Gesamtzahl der Psychosen überhaupt (Probanden, Sekundärfälle und andere Psychosen)	Von den nicht psychotischen Geschwistern sind gestorben im Alter von Jahren 0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt wie alt	lebend im Alter von Jahren 0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt wie alt
Geschwister-Serien mit 1 Probanden	Eltern und Kind waren in der Psychiatrischen Klinik München	5	24	5	5	—	—	5	8	—	—	—	2	7	2	—
	Nur das Kind war in der Psychiatrischen Klinik München	26	123	26	26	—	5	31	42	5	2	—	4	29	10	—
Geschwister-Serien mit 1 Probanden und 1 Sekundär-Fall von Dementia praecox (d. h. Dementia praecox-Fällen, die selbst nicht in der Klinik waren)		3	19	6	3	3	—	6	3	1	—	—	—	1	8	—
Summen		34	166	37	34	3	5	42	53	6	2	—	6	37	20	—

(Rohe, falsche Prozentberechnung siehe S. 59.)

(Richtige Prozentberechnung nach dem abgekürzten Verfahren siehe Tabelle 24, S. 63 und S. 64.)

Tabelle 23. (Rohe Prozentberechnung siehe S. 60.)

Übersichtstafel über weitere, zur korrekten Proportionsberechnung aber nicht verwertete Produkte einer RR×DR-Kreuzung.

Fälle[1]) direkter Dementia praecox-Vererbung, wo weder Elter noch Kind in der psychiatrischen Klinik waren.

Zahl der Geschwister-Serien: 18		Zahl der Geschwister-Serien	Gesamtzahl der Geschwister	Gesamtzahl der Dementia praecox-Fälle	Probanden Dementia praecox	Sekundärfälle von Dementia praecox	Andere Psychosen	Gesamtzahl der Psychosen: Probanden, Sekundärfälle und andere Psychosen	Von den nicht psychotischen Geschwistern sind:							
									gestorben im Alter von				lebend im Alter von			
									0—12	13 - 36	37 und mehr	unbekannt wie alt	0 –12	13 – 36	37 und mehr	unbekannt wie alt
Kein Kind war in der Psychiatrischen Klinik München. Auch der Elter war nicht in der Klinik	Geschwister-Serien mit 1 Dementia praecox	15	106	15	—	—	2	17	38	4	1	—	1	16	29	—
	Geschwister-Serien mit 2 Dementia praecox	2	9	4	—	—	—	4	1	1	1	—	—	—	2	—
	Geschwister-Serien mit 3 Dementia praecox	1	5	3	—	—	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—
	Summen	18	120	22	—	—	3	25	40	5	2	—	1	16	31	—

[1]) Diese Fälle verdanke ich den Herren Direktoren der folgenden Anstalten: Med.-Rat Dr. Vocke-Eglfing, Dr. Dees-Gabersee, Med.-Rat Dr. Kundt-Deggendorf, Dr. Kolb-Erlangen.

Tabelle 24 (Erläuterung S. 60 und folgende).

Proportionsberechnung nach dem abgekürzten Verfahren (S. 51 und 60 folg.).

Nachkommen aus DR×RR-Kreuzungen.

(1 Elter und mindestens 1 Kind ist Dementia praecox-krank; mindestens 1 Dementia praecox-Kind war in der Klinik.)

Zahl der Geschwister-Serien: 34 Geschwisterzahl: 166		I Normale d. h. Nicht-Psychotische				II. Sekundärfälle von Dementia praecox				III. Andere Psychosen				IV. Klinik-Dementia praecox d. h. Probanden			
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
Alter		0	12	13 –36	37 und mehr	unbekannt	0 - 12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0	12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13 –36	37 und mehr	unbekannt
1 Klinik-Dementia praecox	lebend	6	37	20	—	—	—	1	—	—	4	1	—	—	22	9	—
	†	53	6	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
	Summen	59	43	22	—	—	2	1	—	—	4	1	—	—	25	9	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten[1]): $0 + \frac{43}{2} + 22 \qquad + \frac{2}{2} + 1 \qquad + \frac{4}{2} + 1$

Bezugsziffern[1]): = 48,5 : 3 Sekundärfälle + 5 andere Psychosen

ergibt . . . 48,5 : 3 Sekundärfälle, also 3000 : 485 = 6,18 % Dementia praecox

48,5 : 5 andere Psychosen, also 5000 : 485 = 10.30 % andere Psychosen

48,5 : 8 Psychosen überhaupt, also 8000 : 485 = 16,49 % Psychosen überhaupt.

[1]) Siehe S. 64 und folgende.

Alter von 0—12 Jahren noch lebenden Probandengeschwister gar nicht, die im Alter von 13—36 Jahren Gestorbenen und noch lebenden halb und die übrigen nach 37 Gestorbenen und noch am Leben befindlichen ganz in Rechnung stellt.

Die Summe der nach dem abgekürzten Verfahren gar nicht, halb und ganz in Rechnung zu setzenden Probandengeschwister nennen wir Bezugsgesamtheiten.

Wie aus Tabelle 24, S. 63 zu ersehen, sind die Klinik-Probanden in Rubrik IV angeführt. Sie zählen, da von ihnen hier nur je einer in einer Geschwister-Sippschaft vorkam, weder in den Bezugsgesamtheiten mit, noch treten sie in die Dementia praecox-Prozentberechnung irgendwie ein.

Die in den Rubriken I, II und III aufgeführten Geschwister der genannten Probanden zählen für die Bezugsgesamtheiten nicht, insoferne sie in der Altersklasse 0—12 stehen (in den Kolonnen 1, 5 und 9), halb, insoferne sie in der Altersklasse 13—36 stehen (in den Kolonnen 2, 6 und 10), ganz, insoferne sie in der Altersklasse 37 und älter stehen (in den Kolonnen 3, 7 und 11).

Rechnen wir die so erhaltenen Ziffern zusammen, (aus I $\frac{43}{2} + 22$, aus II $\frac{2}{2} + 1$, aus III $\frac{4}{2} + 1$), so erhalten wir die Bezugsziffer 48,5.

Zu dieser Bezugsziffer, welche also die Summe der Gesamtgeschwister der Probanden ausdrückt, auf welche die gefundenen Dementia praecox- und andere Psychosen-Erfahrungen, welche die Probanden-Dementia-praecox besitzen, bezogen werden dürfen, werden nun sowohl die Dementia praecox-Erfahrungen (in Rubrik II im Ganzen 3) und die anderen Psychosen-Erfahrungen (in Rubrik III im ganzen 5) als Bezugsziffern psychotischer Geschwister der Probanden in Beziehung gesetzt und derart die drei Prozent-Größen der Tabelle 24 erhalten.

Wenn wir zusammenfassen, geht hinsichtlich des Ergebnisses aus Kapitel 3 hervor, daß Dementia praecox und andere Psychosen bei Kindern eines Dementia praecox-kranken und eines Dementia praecox-freien Elternteils in stärkerem Prozentsatz auftreten (6,18% Dementia praecox, 10,30% andere Psychosen, Summa also 16,49% Psychosen überhaupt, alle 3 Ziffern nach dem abgekürzten Verfahren berechnet) als bei Kindern, die von zwei Dementia praecox-freien Eltern abstammen (4,48% Dementia praecox — S. 50 — 5,35% Dementia praecox nach dem abgekürzten Verfahren — S. 51 — 4,12% andere Psychosen — Verfahren nach S. 51 — Summa also ca. 8,6% Psychosen überhaupt).

Entspricht diese Erfahrung auch der mendelistischen Erwartung einer, ganz allgemein gesprochen, Zunahme der Erkrankungsprozente in der Richtung der RR mal DR-Kreuzung, so sei doch ihre weitere Erörterung auf das nächste Kapitel verschoben, in welchem die Eltern des Kapitels 2 (DR mal DR-Kreuzungen) in bestimmte, den Psychiater besonders interessierende Gruppen aufgeteilt und für jede getrennt das quantitative Auftreten von Dementia praecox und anderen Psychosen bei den Kindern berechnet werden wird.

Kapitel 4.

Die Proportionenfrage bei den Nachkommen einzelner Gruppen Dementia praecox-freier Eltern.

Abhängigkeit der Proportion, in welcher die Dementia praecox bei den Kindern auftritt, von psychopathologischen elterlichen Belastungsfaktoren, welche sich klinisch von Dementia praecox unterscheiden.

Das Merkmal „Dementia praecox frei", durch welches sich die Eltern des in Kapitel 2 verwendeten Materials charakterisieren, läßt selbstverständlich die Anwesenheit einer Reihe von positiven Merkmalen zu, welche vom Psychiater von jeher als „belastende" Faktoren aufgefaßt wurden, z. B. Trunksucht der Eltern oder eines Elternteiles, Geisteskrankheit eines Elternteiles oder beider Eltern irgendwelcher Art usw. Um zu erkennen, ob und wie stark ein Einfluß solcher Faktoren auf das Auftreten von Dementia praecox in der Nachkommenschaft sich geltend macht, wurden geeignete Sondergruppierungen der DR × DR-Kreuzungen, d. h. der Eltern des auf Tabelle 9, S. 29 zusammengestellten Gesamtmaterials vorgenommen und die Häufigkeit der Dementia praecox unter den Nachkommen jeder Sondergruppe nach dem abgekürzten, auf S. 51 und folgenden geschilderten Verfahren berechnet.

Zunächst wurden die Eltern zusammengruppiert, welche trunksüchtig sind oder waren, ohne jedoch nachweislich geisteskrank gewesen zu sein. (Tabelle 25, S. 66.)

Hierbei kommen nur Fälle in Betracht, wo 1 Elternteil trunksüchtig ist, da Fälle mit doppel-elterlicher Trunksucht zu selten sind. Als Trunksucht galt ein deutlicher, aus den verschiedensten Quellen bezeugter chronischer Mißbrauch des Alkohols mit den bekannten Folgen.

In Tabelle 25, S. 66 ist die Berechnung wie auf Tabelle 24, S. 63 (siehe dazu die Darlegungen auf den S. 51, 60, 64).

Für die Berechnung der Bezugsgesamtheiten zählen die Ziffern der Kolonnen 1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16 nicht, die der Kolonnen 2, 6, 10 und 14 halb, die der Kolonnen 3, 7, 11 und 15 ganz. Die Geschwister der 2 Klinikfälle oder Probanden rechnen doppelt, diejenigen der 3 Klinikfälle dreifach. Es müssen daher in Rubrik I, Kolonne 2 zur Summe $\frac{314}{2}$ für die $3 + 2 = 5$ Geschwister (der 2 Klinikfälle), welche zwischen 13 und 36 Jahren stehen (3) oder gestorben sind (2) nochmals $\frac{5}{2}$ hinzugezählt werden.

Und in derselben Rubrik und Kolonne müssen für die 3 im Alter von 13 bis 36 Jahren stehenden normalen Geschwister der 3 Klinik-Probanden zur Summe $\frac{314}{2}$ nochmals $\frac{2 \times 3}{2}$ hinzugezählt werden.

Schließlich müssen in Rubrik I, Kolonne 3 zur Summe 81 noch 2×2 hinzugezählt werden, weil ja die 2 im Alter von über 37 Jahren lebenden Geschwister der 3 Klinikfälle 3 mal zählen, in der Summe 81 aber nur 1 mal enthalten sind.

Tabelle 25 (Erläuterung siehe S. 65 und 72).

Prozentberechnung nach dem abgekürzten Verfahren (Seite 51 und Seite 60). Häufigkeit der Dementia praecox bei Kindern solcher Dementia praecox-freier Eltern, welche zwar trunksüchtig, aber nicht geisteskrank sind, d. h. 1 Elternteil trunksüchtig, kein Elternteil geisteskrank.

Zahl der Geschwister-Serien 109 Geschwisterzahl 784		I Normale d. h. Nicht-Psychotische				II Sekundärfälle von Dementia praecox				III Andere Psychosen				IV Probanden			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Alter		0—12	13—36	37 u. mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 u. mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 u. mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 u. mehr	unbekannt
1 Klinik Dementia praecox d. h. Probanden	lebend	16	288	75	—	—	1	1	—	—	6	4	—	—	78	22	—
	†	228	18	4	2	—	1	1	—	—	3	—	1	—	5	1	—
2 Klinik Dementia praecox d. h. Probanden	lebend	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
	†	8	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
3 Klinik Dementia praecox d. h. Probanden	lebend	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—
	†	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gesamtsummen:		256	314	81	2	—	2	2	—	—	9	4	1	—	89	24	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten: $0 + \frac{314}{2} + 81 + 0 + \frac{5}{2} + 2 \times 2 + \frac{2 \times 3}{2}$ $+ \frac{2}{2} + 2$ $+ \frac{9}{2} + 4 + 0$ $+ \frac{2 \times 4}{2} + 3 + \frac{3 \times 2}{2}$

$= 269{,}0$: 21 Dementia praecox (d. h. $4 + 8$ [d. h. 2×4] $+ 9$ [d. h. 3×3]) und : 14 Andere Psychosen.

woraus sich ergibt: 269 : 21, also 2100 : 269 = 7,80 % Dementia praecox.
269 : 14, also 1400 : 269 = 5,20 % Andere Psychosen.
269 : 35, also 3500 : 269 = 13,01 % Psychosen überhaupt.

Tabelle 26. (Vergleiche dazu die Erläuterung zu Tabelle 25, S. 65 und folgende.)

Prozentberechnung nach dem abgekürzten Verfahren (S. 51 und 60).

Häufigkeit der Dementia praecox bei Kindern Dementia praecox-freier Eltern, wobei jedoch 1 Elternteil an irgend einer anderen Psychose als Dementia praecox leidet.

Also 1 Elternteil irgendwie geisteskrank (Dementia praecox exklusive) gleichgültig ob Trunksucht des einen oder des anderen Elternteils vorliegt oder nicht.

Zahl der Geschwister-Serien 133 Gesamt-Geschwisterzahl 881		Normale, d. h. Nicht-Psychotische				Sekundärfälle				Andere Psychosen				Probanden			
Alter		0—12	13—36	37 u. mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 u. mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 u. mehr	unbekannt	0—12	13 - 36	37 u. mehr	unbekannt
1 Klinik Dementia praecox in den Familien	lebend	14	226	131	—	—	4	3	—	—	7	9	—	—	75	40	—
	†	244	37	20	5	—	3	—	1	1	6	4	—	—	5	9	—
2 Klinik Dementia praecox in den Familien	lebend	1	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—
	†	16	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summen	275	275	151	5	—	7	3	1	1	13	13	—	—	88	49	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten: $0 + \frac{275}{2} + 151 + 0 + \frac{11+1}{2}$ $+ \frac{7}{2} + 3 + 0$ $0 + \frac{13}{2} + 13$ $+ \frac{8}{2} + \frac{8}{2}$

$= 328{,}5 : 27$ Dementia praecox (d. h. $11 + 16$)

woraus sich ergibt: 328,5 : 27, also 27 000 : 3285 = 8,21% Dementia praecox,
328,5 : 27, also 27 000 : 3285 = 8,21% andere Psychosen,
und 328,5 : 54, also 54 000 : 3285 = 16,43% Psychosen überhaupt.

Tabelle 27 (Zur Erläuterung vergl. das bei Tabelle 24 auf S. 60 und folgende Gesagte.)

Prozentberechnung nach dem abgekürzten Verfahren (S. 51 und 60).

Häufigkeit der Dementia praecox bei Kindern Dementia-praecox-freier Eltern, wobei jedoch 1 Elternteil an irgend einer anderen Psychose als Dementia praecox leidet, außerdem aber noch 1 Elternteil oder beide Eltern trunksüchtig sind.

Gleiches Material wie Tabelle 26, Seite 67, jedoch nach Ausscheidung der Fälle, wo beide Eltern nüchtern sind.)

Zahl der Geschwister-Serien 33 Geschwisterzahl 223		Normale d. h. Nicht-Psychotische				Sekundärfälle				Andere Psychosen				Probanden			
Alter in Jahren		0—12	13–36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13–36	37 und mehr	unbekannt	0–12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt
1 Klinik Dementia praecox in den Familien	lebend	1	39	29	—	—	2	1	—	—	1	2	—	—	19	10	—
	†	78	10	5	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	1	1	—
2 Klinik Dementia praecox in den Familien	lebend	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—
	†	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summen:	87	56	34	1	—	3	1	—	—	4	2	—	—	24	11	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten: $0 + \frac{56}{2} + 34 + 0 + \frac{7}{2}$ $+ \frac{3}{2} + 1$ $+ \frac{4}{2} + 2$ $+ \frac{2 \times 4}{2}$

Also Bezugsziffern = 76 : 12 Dementia praecox : 6 andere Psychosen
woraus sich ergibt: 76 : 12, also 1200 : 76 = 15,78 % Dementia praecox
76 : 6, also 600 : 76 = 7,89 % Andere Psychosen
76 : 18, also 1800 : 76 = 23,68 % Psychosen überhaupt.

Tabelle 28. (Zur Erläuterung vergleiche das bei Tabelle 25, auf S. 65 und folgende Gesagte.)

Prozentberechnung nach abgekürztem Verfahren.

Häufigkeit der Dementia praecox bei Kindern Dementia praecox-freier Eltern, wobei jedoch 1 Elternteil geisteskrank ist oder beide Eltern geisteskrank sind und gleichzeitig der eine oder der andere Elternteil trunksüchtig ist oder beide Eltern trunksüchtig sind.

(Material der Tabelle 27, S. 68, aber unter Einbeziehung der Fälle, wo beide Eltern geisteskrank (Dementia praecox exklusive) sind.)

Zahl der Geschwisterserien 36 Geschwisterzahl 244		Normale d. h. Nicht-Psychotische				Sekundärfälle				Andere Psychosen				Probanden			
Alter in Jahren		0–12	13–36	37 u. mehr	unbekannt	0–12	13–36	37 u. mehr	unbekannt	0–12	13–36	37 u. mehr	unbekannt	0–12	13–36	37 u. mehr	unbekannt
1 Klinik Dementia praecox	lebend	1	46	30	—	—	2	1	—	—	1	2	—	—	22	10	—
	†	87	11	5	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	1	1	—
2 Klinik Dementia praecox	lebend	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—
	†	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summen	96	64	35	1	—	3	1	—	—	4	2	—	—	27	11	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten: $0 + \frac{64}{2} + 35 + 0 + \frac{7}{2}$ $+ \frac{3}{2} + 1$ $+ \frac{4}{2} + 2$ $+ \frac{2 \times 4}{2}$

Bezugsziffern: = 81,0 : 12 Dementia praecox : 6 Andere Psychosen

woraus sich ergibt: 81,0 : 12, also 1200 : 81 = 14,81 % Dementia praecox,
81,0 : 6, also 600 : 81 = 7,40 % Andere Psychosen,
81,0 : 18, also 1800 : 81 = 22,22 % Psychosen überhaupt.

Tabelle 29. (Zur Erläuteruug vergleiche das bei Tabelle 24 auf S. 60 und folgende Gesagte.)

Prozentberechnung nach dem abgekürzten Verfahren. Häufigkeit der Dementia praecox bei Kindern Dementia praecox-freier Eltern, wobei jedoch beide Eltern an irgend einer Geisteskrankheit leiden, die nicht mit Dementia praecox identisch ist und wobei Trunksucht bei einem Elternteil oder beiden Eltern vorkommen oder fehlen kann.

Zahl der Geschwister-Serien 10 Geschwisterzahl 59		Normale d. h. Nicht-Psychotische				Sekundärfälle				Andere Psychosen				Probanden			
Alter in Jahren		0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13 - 36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13 – 36	37 und mehr	unbekannt
1 Klinik Dementia praecox	lebend	—	11	11	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—	5	5	—
	†	19	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2 Klinik Dementia praecox	lebend	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	†	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summen	19	14	11	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—	5	5	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten: $0 + \frac{14}{2} + 11 \qquad + \frac{2}{2} + 3$

Bezugsziffern = 22 : 5 Dementia praecox, woraus sich ergibt 22 : 5 (Sekundärfälle) also 500 : 22 = 22,72 % Dementia praecox.

Tabelle 30. (Zur Erläuterung vergleiche das bei Tabelle 24 auf S. 60 und folgende Gesagte.)

Prozentberechnung nach dem abgekürzten Verfahren.

Häufigkeit der Dementia praecox bei Kindern Dementia praecox-freier und gleichzeitig von anderen Geisteskrankheiten und von Trunksucht freier Eltern, wobei alle Probanden dieser Gruppe durch ein anderes Glied der Verwandtschaft (Onkel, Tanten, Kusins, Kusinen usw.) mit Dementia praecox belastet sind.

Zahl der Geschwister-Serien 62 Geschwisterzahl 421		Normale, d. h. Nicht-Psychotische				Sekundärfälle				Andere Psychosen				Probanden			
Alter in Jahren		0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt
1 Klinik Dementia praecox	lebend	7	115	68	—	—	2	1	—	—	4	4	—	—	33	24	—
	†	117	11	9	2	—	2	—	—	—	2	1	—	—	3	—	—
2 Klinik Dementia praecox	lebend	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—
	†	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summen	130	132	77	2	—.	4	1	—	—	6	5	—	—	40	24	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten: $0+\frac{132}{2}+77+0+\frac{6}{2}$ $+\frac{4}{2}+1$ $+\frac{6}{2}+5$ $+\frac{2\times 4}{2}$

Bezugsziffern: = 161 : 13 Dementia praecox : 11 andere Psychosen,

woraus sich ergibt 159 : 13, also 1300 : 159 = 8,07% Dementia praecox,
159 : 11, also 1100 : 159 = 6,83% andere Psychosen,
und 159 : 24, also 2400 : 159 = 14,90% Psychosen überhaupt.

In Rubrik I, Kolonne 4 zählen die zwei unbekannten Fälle nicht, ebensowenig ein unbekannter Fall in Rubrik III, Kolonne 12.

In Rubrik IV, Kolonne 14 zählen die $3 + 1 = 4$ im Alter von 13—36 Jahren stehenden Geschwister (der Probanden), weil sie selbst Probanden sind, doppelt (also $\frac{2 \times 4}{2}$).

In der gleichen Rubrik und Kolonne zählen die 2 Geschwister (der 3 Klinikfälle), weil selbst Probanden, 3 mal (also $\frac{3 \times 2}{2}$).

Und in Rubrik IV, Kolonne 15 zählt das eine Geschwister im Alter von über 37 Jahren dreifach (also $3 \times 1 = 3$).

Dagegen zählen in Rubrik IV die Probanden in den Familien mit 1 Klinikfall überhaupt nicht, weil sie ja einzige Probanden in der Geschwister-Sippschaft sind.

Die Bezugsziffer für die Dementia praecox (21) wird erhalten aus den 4 Sekundärfällen, aus $2 \times 4 = 8$ Probanden aus der Gruppe 2 Klinikfälle (Rubrik IV, Kolonne 14) und aus $3 \times 3 = 9$ Probanden aus der Gruppe 3 Klinikfälle (Rubrik IV, Kolonne 14 (2) und 15 (1)). Zusammen also $4 + 8 + 9 = 21$.

Die Bezugsziffer für die anderen „Psychosen" (14) wird erhalten aus der Summe der anderen Psychosen in Rubrik III ($6 + 4 + 3 + 1 = 14$).

Sodann wurde die Gruppe 1 Elter irgendwie geisteskrank untersucht, gleichgültig, ob bei irgend einem Elternteil Trunksucht vorlag oder nicht.

Das Ergebnis findet sich auf Tabelle 26, S. 67.

Auf Tabelle 27, S. 68 sind die Fälle zusammengestellt, wo 1 Elter geisteskrank, dabei gleichzeitig der eine oder der andere Elternteil trunksüchtig ist oder beide Eltern trunksüchtig sind.

Es sind also hier die Fälle, wo beide Eltern nicht trunksüchtig sind, aus der Tabelle 26, S. 67 ausgeschieden.

In Tabelle 28, S. 69 sind die Fälle zusammengruppiert, in denen 1 Elternteil geisteskrank ist oder beide Eltern geisteskrank sind, wobei gleichzeitig der eine oder der andere Elternteil trunksüchtig ist oder beide Eltern trunksüchtig sind.

Zu dem Material in Tabelle 27, S. 68 sind hier also noch die Fälle hinzugekommen, wo beide Eltern irgendwie geisteskrank sind. (Dementia praecox exklusive.)

Auf Tabelle 29, S. 70 sind jene Fälle herausgegriffen, in denen beide Eltern an einer anderen Geisteskrankheit als an Dementia praecox leiden, ohne Rücksicht darauf, ob Trunksucht bei einem Elternteil oder beiden Eltern vorhanden ist oder nicht.

Zum Schluß habe ich in Tabelle 30, S. 71 noch jene Fälle zusammengestellt, wo beide Eltern nicht bloß Dementia praecox-frei, sondern überhaupt psychosefrei und trunksuchtsfrei sind, wobei aber alle Probanden dieser Gruppe durch ein anderes Glied der Verwandtschaft (Onkel, Tanten, Kousins, Kousinen usw.) mit Dementia praecox belastet sind.

Stellen wir nun die für die verschiedenen Gruppen gewonnenen Häufigkeiten der Dementia praecox bei den Kindern zusammen, so erhalten wir die Übersichtstabelle 31, S. 73.

Tabelle 31 (Erläuterung S. 74 und folgende).

Übersichtstabelle der prozentuellen Häufigkeit der Dementia praecox bei den Kindern je nach verschiedener Beschaffenheit der Eltern.

	Prozent-Zusammenstellung	Genaue Berechnung			Summarische Berechnung (Abgekürztes Verfahren S. 51 u. 60)			Zahl der Geschwister-Serien	Gesamt-Geschwisterzahl
		Dementia praecox	Andere Psychosen	Alle Psychosen zusammen	Dementia praecox	Andere Psychosen	Alle Psychosen zusammen		
I.	Beide Eltern Dementia praecox-frei DR × DR-Kreuzung	4,48[1])	4,12[2])	8,6	5,35[3])			701	4 823
II.	1 Elter Dementia praecox-krank RR × DR-Kreuzung (Tabelle 24, S. 63)				6,18	10,30	16,49	34	166
III.	Stiefgeschwister (Tab. 33, S. 82)				0,56	1,70	2,27	134	498
IV.	1 Elter irgendwie geisteskrank (Dementia praecox ausgeschlossen) mit und ohne Trunksucht des einen oder anderen Elters (Tabelle 26, S. 67)				8,21	8,21	16,43	133	881
V.	1 Elter oder beide Eltern irgendwie geisteskrank. Dabei gleichzeitig bei 1 oder 2 Eltern Trunksucht vorhanden (Tabelle 28, S. 69)				14,81	7,40	22,22	36	244
VI.	1 Elter trunksüchtig. Kein Elter geisteskrank (Tabelle 25, S. 66)				7,80	5,20	13,01	109	784
VII.	Beide Eltern geisteskrank (einschließlich eventuelle Trunksucht) (Tabelle 29, S. 70)				22,72	—	22,72	10	59
VIII.	Mit Dementia praecox belastete Probanden, wobei die Eltern weder Dementia praecox-krank, noch anderswie geisteskrank, noch trunksüchtig sind (Tabelle 30, S. 71)				8,07	6,83	14,90	62	421
IX.	1 Elter irgendwie geisteskrank, dabei gleichzeitig bei 1 oder 2 Eltern Trunksucht vorhanden (Tabelle 27, S. 68)				15,78	7,89	23,68	33	223

50 % = 1/2 — 3,12 % = 1/32
25 % = 1/4 — 1,58 % = 1/64
12,5 % = 1/8 — 0,80 % = 1/124
6,25 % = 1/16 — 0,40 % = 1/248

[1]) Berechnung siehe S. 47—50. [2]) Berechnung siehe S. 51. [3]) Berechnung siehe S. 51.

Aus den berechneten Prozentsätzen, in welchen die Dementia praecox unter Geschwistern auftritt, geht, wie S. 51 und folgende bereits erörtert, die prinzipiell wichtige Erkenntnis hervor, daß diese Krankheit nicht als einfaches Mendelsches Merkmal aufgefaßt werden darf, welches mit dem Merkmal: Dementia praecox-frei nach dem einfachsten Mendelschen Vererbungs-Modus konkurrieren würde.

Zwar erweist sich das Merkmal Dementia praecox-krank nach summarischer Beurteilung als rezessiv gegenüber dem Merkmal Dementia praecox-frei. Aber die zweite Hauptbedingung, nämlich die ihres Auftretens in einem Verhältnis von $^1/_4$, d. h. von 25% der Nachkommen Dementia-praecox-freier Eltern, erweist sich als nicht erfüllt. Vielmehr finden wir nur 4,48% Dementia praecox-kranke (Gruppe I der Übersicht, S. 73), eine Ziffer, die zwischen $^1/_{16}$ und $^1/_{32}$ ungefähr in der Mitte steht. Wir werden daher, wie ebenfalls schon erwähnt, an die Möglichkeit denken müssen, daß beim Vererbungsvorgang dieser Krankheit mindestens 2 mendelnde Merkmalspaare in Aktion treten, wenn überhaupt sich diese zweiteinfachste Annahme auch für die Zukunft als stichhaltig erweisen sollte. (Vergleiche dazu die Ausführungen auf S. 52 und folgende.)

Dem Befunde bei der DR × DR-Kreuzung entsprechend finden wir auch bei der RR × DR-Kreuzung (Gruppe II der Übersicht, S. 73) die Nachkommen an Zahl gering. Es sind nicht 50%, d. h. die Hälfte Dementia praecox-krank, sondern nur 6,18% (also ganz nahe an $^1/_{16}$ ($^1/_{16} = 6{,}25\%$), aber immerhin erheblich mehr als bei der DR × DR-Kreuzung, (wo 4,48% gefunden wurden), wenn auch das Doppelte nicht, wie man vielleicht erwarten könnte, erreicht wird. In Wirklichkeit ist aber sogar für diesen Fall, wie Weinberg[1]) berechnet, der kleinste zu erwartende Wert für die RR × DR-Kreuzungen $^1/_4 = 25\%$ krank, der höchste zu erwartende Wert $^1/_2 = 50\%$.

Wie man sieht, bleibt also die erhaltene Ziffer 6,25% weit hinter den genannten zu erwartenden Werten zurück.

Es dürfte aber wohl angesichts des verhältnismäßig kleinen, den RR × DR-Kreuzungen zugrunde liegenden Materials (34 Geschwister-Serien mit 166 Geschwistern) berechtigt sein, anzunehmen, daß diese Ziffern in Wirklichkeit zu klein sind und daß sie, nach gebührender Ansammlung weiteren Materials, eine Höhe annehmen werden, welche uns ein gesetzmäßiges, bzw. bekanntes, regelmäßiges Verhältnis zu den bei den DR × DR-Kreuzungen erhaltenen Zahlen werden erkennen lassen[2]).

Das Vorhandensein von Dementia praecox-Geschwistern, welche, anstatt außerhalb der Klinik untergebracht zu sein, in der Klinik selbst waren, kurz das Schwanken zwischen Sekundärfällen und Probanden, kann innerhalb eines noch kleinen Materials eben schnell die größten Proportions-Differenzen erzeugen.

---

[1]) Siehe Weinberg, Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1913, 5. Heft, S. 569 und 570, wo die Grenzen angegeben sind, innerhalb deren die Werte der kranken Nachkommen schwanken können. Für die D R × D R-Kreuzungen schwanken sie zwischen $^1/_{16}$ und $^1/_4$, für die R R × D R-Kreuzungen zwischen $^1/_4$ und $^1/_2$.

[2]) Vergleiche dazu auch die Ausführungen auf S. 151 folgende, wo gezeigt ist, daß nach Abschluß der Statistik noch weitere psychotische, in der Statistik als DR-Individuen angenommene Eltern bei weiterer Forschung sich als Dementia-praecox-krank herausstellten.

Die zweite prinzipiell wichtige Erkenntnis ist die, daß die Häufigkeit, mit der die Dementia praecox in einer Geschwister-Population auftritt, nicht allein abhängig ist von der Häufigkeit, mit der diese spezielle Krankheit bei den Eltern dieser Geschwister-Population auftritt, sondern, wie es allen Anschein hat, auch von der Häufigkeit, mit der andere Geisteskrankheiten, die sich von der Dementia praecox unterscheiden, bei den Eltern auftreten.

So sehen wir, wenn wir aus den Dementia praecox-freien Eltern die an einer anderen Geisteskrankheit als an Dementia praecox Leidenden herausheben (1 Elter irgendwie geisteskrank, mit und ohne Trunksucht des einen oder anderen Elters, Gruppe IV der Übersicht, S. 73), bei 8,21% der Nachkommen Dementia praecox auftreten, also nahezu die doppelte Zahl wie im Gesamtmaterial (d. h. also 8,21 gegen 4,48%), also sogar selbst etwas mehr, als wo 1 Elter an Dementia praecox leidet (im letzten Falle 6,18%). Diese Ziffer (8,21%) ist aber wohl maßgebender als die Nachkommenziffer von Dementia praecox-Kranken (6,18%), weil sie aus 137 Familien gewonnen ist, wogegen die andere (6,18%) nur 33 Familien zur Grundlage hat.

Greifen wir weiterhin aus dem großen, 701 Familien umschließenden Urmaterial der Nachkommen Dementia praecox-freier Eltern die Elternpaare heraus, wo beide Ehepartner an einer anderen Geistesstörung als Dementia praecox litten (Gruppe VII der Übersicht, S. 73), allerdings nur 10 Familien — so sehen wir bei deren Nachkommen in 22,72% der Geschwister Dementia praecox auftreten, also mehr als das vierfache der Ziffer, welche aus dem gesamten Material gewonnen ist (4,48) und mehr als das Doppelte der Ziffer bei der Gruppe, in der 1 Elternteil irgend eine andere Psychose als Dementia praecox besitzt (8,21%).

Interessant ist, daß auch eine Ausscheidung des Materials nach Trunksucht der Eltern für deren Nachkommen höhere Prozente an Dementia praecox ergibt, als sie im zusammengezogenen Material der 701 Familien herauskommen.

Schon die elterliche Trunksucht allein (1 Elter trunksüchtig, kein Elter geisteskrank, Gruppe VI der Übersicht, S. 73) ergibt 7,80% Dementia praecox-Nachkommen, bewirkt also ein erhebliches Überschreiten der Durchschnittsziffer 4,48% des Gesamtmaterials.

Und wenn wir aus der Gruppe IV der Übersicht, S. 73 „1 Elter irgendwie geisteskrank" alle nicht trunksüchtigen Eltern ausscheiden, so daß nur 1 Gruppe mit 1 geisteskranken Elter bei gleichzeitiger Trunksucht eines der beiden Eltern übrig bleibt (V der Übersicht, S. 73) (36 Familien) so sehen wir 14,81% Dementia praecox-Nachkommen entstehen, also erheblich mehr als in jener Gruppe, in die auch nicht trunksüchtige Elternpaare mit aufgenommen sind, wo wir 8,21% erhalten haben.

Schließlich sehen wir da, wo man sich die kollaterale Erbwirkung auch in klinischer Hinsicht im engeren Sinne des Wortes vielleicht als am reinsten herausgearbeitet vorstellen darf, nämlich da, wo 64 Familien zusammengeordnet wurden (Gruppe VIII der Übersicht, S. 73), die mit Dementia praecox in den Seitenlinien belastet und wobei die Eltern weder irgendwie geisteskrank, noch trunksüchtig sind, die Dementia praecox in 8,07% auftreten (gegen 4,48% des Durchschnitts).

Wir fanden hier 13 (= 8,07%) weitere Fälle in den Sippschaften der Probanden. Legen wir die Berechnungen am Gesamtmaterial zugrunde, welche eine Erfahrungsziffer von 4,48% ergeben, so beträgt die Erwartung $13 \times 4{,}48 : 8{,}07 = 7{,}21$. Die Differenz zwischen Erfahrung und Erwartung beträgt also $13 - 7{,}21 = 5{,}79$, während der mittlere Fehler annähernd $\sqrt{7{,}21} = 2{,}7$ ist. Der Unterschied ist also mehr als doppelt so groß. Wir wollen daher auch versuchen, die erhaltene Ziffer 8,07% zu deuten.

Wir werden wohl nicht fehlgehen in der Annahme, daß da, wo nachgewiesenermaßen kollaterale, gleichartige Belastung vorhanden ist, ein nachweisbarer Krankheits- oder Vergiftungszustand bei den Eltern aber fehlt, die Erbwirkung verhältnismäßig am reinsten zutage tritt. Dagegen ist es immerhin möglich, daß im großen Durchschnittsmaterial der 701 Familien, wo direkte oder kollaterale gleichartige Belastung zumeist noch nicht, ungleichartige nicht immer direkt erwiesen ist, noch andere Faktoren als blos Erbeinflüsse wirksam sind bei der Erzeugung der Dementia praecox. So kann man an Alkoholismus der Eltern denken, kurz an Keimvergiftungen, ferner an Unreife oder „Altersschwäche" der zur Kopulation kommenden Keime, an Störungen in der Schwangerschaft und schließlich an Individualschäden, die die Individuen während ihres extrauterinen Lebens getroffen haben.

Vom Alkoholismus der Eltern haben wir gesehen, daß er mit der Ziffer 7,80% (Tabelle 25, S. 66) den Durchschnittsprozentsatz von Dementia praecox unter den Nachkommen erhöht. Im Vergleich zu der bei der reinen kollateralen Belastung erhaltenen Ziffer (8,07%) ist diese Ziffer immerhin kleiner.

Es ist nun aber denkbar, daß Faktoren, welche auch Dementia praecox in der Nachkommenschaft zu erzeugen scheinen, wie z. B. Letztgeburt (vgl. Kapitel 6, S. 92—103), natürlich auch eventuelle individuelle Ursachen, nicht während der ganzen Zeugungsperiode in Wirksamkeit sind, wie das bei der Vererbungsursache angenommen werden muß, sondern nur vorübergehend, so daß dadurch wohl eine mit Rücksicht auf die Erbproportion reduzierte Proportion entstehen könnte.

Es wird sich zeigen, ob auch nach weiterer Vergrößerung und Differenzierung des Materials die gefundenen Differenzen bestehen bleiben. Wenn ja, müßte darauf ausgegangen werden, deren spezielle Ursachen noch genauer zu eruieren.

In allen genannten Gruppen aber sehen wir neben den Dementia praecox-kranken Geschwistern auch andersartig psychotische Geschwister auftauchen, und zwar, wie ein Überblick über die Tabelle 31 der Prozentberechnungen, S. 73 lehrt, mit kleineren oder größeren Abweichungen ungefähr im gleichen Prozentverhältnis, wie die Dementia praecox-Kranken selbst.

Die größeren Abweichungen von diesem Sachverhalt aber finden sich besonders in den Gruppen, die sich aus verhältnismäßig kleinem Material aufbauen, nämlich in:

Gruppe II: RR × DR-Kreuzungen (34 Familien) 6,18% Dementia praecox, 10,30% andere Psychosen und

Gruppe V: 1 Elter geisteskrank, ohne Rücksicht auf gleichzeitige Trunksucht (36 Familien) 14,81% Dementia praecox, 7,40% andere Psychosen und in

Gruppe VII: Beide Eltern geisteskrank (10 Familien) 22,72% Dementia praecox, 0% andere Psychosen.

Auch dieser Sachverhalt, der sich durch das gleichzeitige Auftauchen anderer Psychosen neben den Dementia praecox-Geschwistern charakterisiert, scheint mir, wie die Abhängigkeit der Zahl der Dementia praecox-Kinder von der Häufigkeit elterlicher Psychose überhaupt, zu beweisen, daß das Auftreten anderer Psychosearten bei Geschwistern und bei Eltern von Dementia praecox-Kranken keine nebensächliche Begleiterscheinung des Erbganges der Dementia praecox selbst oder ihrer Anlage darstellt, sondern mit ihr im Wesen in irgendeiner Weise innig zusammenhängt.

Es soll darauf später noch zurückgekommen werden. (Vgl. S. 143 folgende.)

Schließlich sei hier auch noch in diesem Zusammenhange ein weiteres, prinzipiell wichtiges statistisches Ergebnis erwähnt, dessen Berechnung im Kapitel 5 (Halbgeschwister) gebracht wird. Wir sehen (Tabelle 33, S. 82 und folgende und Ziffer III der Übersicht, S. 73), daß die Stiefgeschwister (134 Familien mit 498 Geschwistern) unserer Dementia praecox-Probanden die Dementia praecox-Erkrankung nur zu 0,56% aufweisen und „andere Psychosen" als Dementia praecox nur zu 1,70%. Wir dürfen schon daraus und auch aus den weiteren, im Kapitel Stiefgeschwister gepflogenen näheren Erörterungen schließen, daß zum Zustandekommen der Dementia praecox sowohl, als auch anderer Psychosen überhaupt das Zusammenwirken beiderseitiger krankhafter elterlicher Erbanlagen erforderlich ist, ganz im Sinne eines, allgemein gesprochen, rezessiven Mendelschen Erbganges, dessen Vorliegen wir ja schon oben S. 51 und folgende und S. 74 aus der Geringfügigkeit der erhaltenen Dementia praecox-Prozentziffern bei den Vollgeschwistern unserer Dementia praecox-Probanden erschlossen haben. (Vgl. dazu die weiteren Erörterungen über die Frage der Rezessivität in Kapitel 7, S. 103 folgende.)

Im vorstehenden wurde gezeigt, daß eine gewisse, leidlich regelmäßige, jedenfalls auffallende Progression der Dementia praecox und anderer Geistesstörungen bei den Geschwistern unserer Dementia praecox-Probanden nachzuweisen ist in dem Maße, als man, ganz allgemein gesprochen, von Eltern, die beide keine Träger belastender Momente sind, übergeht zur Gruppe mit einem belastenden Elternteil und schließlich zur Gruppe, wo beide Elternteile mit belastenden Faktoren behaftet sind.

Daneben zeigt sich bei Vergleich der Gruppen IV und V der Übersicht S. 73 ferner, daß auch eine Häufung belastender Faktoren (hier Trunksucht und Geisteskrankheit der Eltern) die Häufigkeit der Dementia praecox bei den Nachkommen erhöht.

Man könnte nun versucht sein, sich nicht mit dieser Feststellung einer bloßen Progression zu begnügen, sondern jetzt schon daran zu gehen, auch die Gesetzmäßigkeit dieser Progression unter Mendelistischen Gesichtspunkten zu erörtern oder gar festzustellen. Allein dieses Beginnen halte ich für weitaus verfrüht. Ich habe das schon S. 56 und 57 und folgende betont, wo von dem zu erwartenden verschiedenen Aussehen der Geschwister der Dementia praecox-Probanden die Rede war und meine Auffassung dort kurz begründet. Dasselbe wäre hier zu wiederholen.

Denn bleiben wir bei dem nur der Anschaulichkeit halber gewählten Beispiel dihybrider Vererbung der Seite 52 und folgende (wozu Fig. 21 auf Seite 53 verglichen werde), so ist klar, daß die die Dementia praecox-Ergänzer x und y enthaltenden Geschwister, die selbst Dementia praecox-frei sind, auch die Rolle von Eltern übernehmen können, deren Kreuzung untereinander auch Dementia praecox unter den Kindern entstehen lassen kann und zwar jedesmal dann, wenn Eltern zur Kreuzung kommen, deren Erbformel x y mit enthält.

So könnte z. B. (s. Fig. 21 S. 53) Dementia praecox unter den Kindern entstehen bei Kreuzung

des Phänotypus Xy (Genotypus des Feldes 8 oder 14)

mit dem

Phänotypus xY (Genotypus des Feldes 12 und 14)

natürlich auch jedes dieser Typen unter sich, aber auch z. B. jedes dieser Typen mit den unter sich gleichartigen Phänotypen XY (Genotypen der 4, 7, 10 und 13), natürlich auch jedes aller bisher genannten Typen mit dem Phänotypus Dementia praecox xy (Genotypus des Feldes 16).

Das Gesagte gibt eine Vorstellung von der Mannigfaltigkeit der möglichen Eltern-Kombinationen, welche Dementia praecox erzeugen können und dies schon bei Annahme eines so verhältnismäßig einfachen Sachverhaltes, wie ihn die dihybride Kreuzung darstellt.

Es kommt nun aber noch dazu, daß, je nach der Art der elterlichen Phänotypen, die zusammentreten, nicht bloß die Proportionen der erhaltenen Dementia praecox-Kinder wechseln, sondern neben diesen immer wieder auch noch andere Phänotypen auftauchen, welche ebenfalls als Produkte der Analyse und Synthese der Anlagen der Eltern entstehen und welche auch wieder in wechselnden Proportionen auftreten müssen.

Wer sich auch nur etwas einlebt in die exakte Denkweise der spaltenden Vererbung, wird also wohl einsehen, daß für die Feststellung einer gesetzmäßigen Proportion, in welcher die äußeren psychiatrischen Erscheinungsformen, als Ausdruck bestimmter durch Analyse und Synthese beim Befruchtungsvorgang entstandenen Anlage-Kombinationen, bei den Geschwistern Dementia praecox-Kranker auftreten, die Zeit noch nicht gekommen ist. Auch nicht für eine Feststellung, welche äußeren, psychiatrischen elterlichen Formen vorliegen müssen, wenn dieser oder jener gesetzmäßige Prozentsatz von Dementia praecox oder anderen Psychosen bei Geschwistern vorliegt. Freilich muß die Zukunft solche Feststellungen anstreben.

Diese Vorsicht ist um so mehr geboten, als ja auch Milieu-Einflüsse oder sonstige Faktoren, die mit Erblichkeit nichts zu tun haben, bei der Entstehung der Dementia praecox nicht unbeteiligt zu sein scheinen, wie dies aus Kapitel 6 (Geburtenfolge) hervorgehen dürfte, wodurch der Nachweis der Erb-Spaltungsvorgänge noch weiterhin erheblich kompliziert wird.

Wir dürfen uns wohl zunächst damit begnügen, wenn die vorliegende Arbeit es wahrscheinlich macht, daß in der Tat starker Grund zu der Annahme besteht, daß bei der Entstehung der Dementia praecox mehr oder weniger komplizierte Spaltungsvorgänge am Werke sind, deren exakte Aufdeckung im steten Verein mit der klinischen Psychiatrie von der größten Bedeutung ist. (Vergleiche hierzu auch die Frage der polymorphen Vererbung S. 139 und folgende.)

5. Kapitel.

Die Dementia praecox bei den Halbgeschwistern und Vettern der Dementia praecox-Fälle der Klinik.

Ein weiteres Mittel zur Beantwortung der wichtigen Frage, ob die Dementia praecox ein rezessiv mendelndes Merkmal ist oder nicht, ist die Untersuchung über das Verhalten der Stiefgeschwister[1]).

Ist der Einfluß eines einzigen Elters in irgend einer Weise allein maßgebend für die Qualität der Nachkommen, so wird man erwarten müssen, daß bei den zweierlei Kindern eines zweimal verheirateten Elters (das heißt eines Elters mit zweierlei Zeugungen) dieselben Anomalien ungefähr in gleicher Weise vertreten sein dürften, wenn der betreffende Elternteil die ausschlaggebende Anlage zu der Störung in sich trägt.

Sind aber umgekehrt die einen Kinder, die mit je einer ersten Frau z. B. gezeugt sind, in einer großen Zahl von zweierlei Zeugungen mit einer bestimmten Anomalie behaftet, die anderen mit je einer zweiten Frau gezeugten dagegen frei, so wird die Annahme berechtigt sein, daß zum Zustandekommen der Anomalie die Mitwirkung bestimmter Anlagen von zwei bestimmten Eltern unbedingt notwendig, daß also ein Elternteil allein dabei nicht ausschlaggebend ist.

Im ersteren Falle hätten wir die Mendelschen Voraussetzungen einer dominant gehenden Anomalie. Es heirate z. B. ein mit einer dominant gehenden Anomalie behafteter Mann, dessen Kinder mit der ersten Frau die Anomalie, an der er selbst leidet, zeigen, zum zweitenmal, so wird beim Walten der gewöhnlichen Form der Dominanz ein Auftreten der Anomalie auch bei den Kindern aus zweiter Ehe zu erwarten sein, natürlich nicht in jedem Familien-Einzelfall, sondern in einer größeren Summe von Familien.

Leidet der Ehemann umgekehrt an einer rezessiv gehenden Anomalie und ist ein Kind aus erster Ehe von derselben Anomalie betroffen, so muß man annehmen, daß auch in der ersten Ehefrau wie im Ehegatten selbst irgend ein ergänzendes Gen zur Krankheit geschlummert hat. (Vergl. aber dazu S. 84, erster Absatz.) Die Kinder aus zweiter Ehe werden aber nur dann die Anomalie ebenfalls zeigen, wenn auch die zweite Ehefrau des Genannten die Anlage zur Krankheit enthält. Sind aber diese Anlagen in der Bevölkerung nur verhältnismäßig dünn gesät, so wird es nur ein verhältnismäßig seltener Zufall zulassen, daß auch die zweite Ehefrau wirklich die Anlage latent mit sich führt.

Es ist mir nun seit langem aufgefallen, daß Halbgeschwister von Dementia praecox-Kranken ganz auffallend selten selbst Dementia praecox-krank werden. Man wird sich daher mit Recht fragen dürfen, ob dieser Tatsache nicht eine tiefere Bedeutung für den von uns eben angedeuteten Zusammenhang innewohnt.

---

[1]) Der Ausdruck Stiefgeschwister (oder Halbgeschwister) bezieht sich hier stets nur auf solche Individuen, welche Halbgeschwister von meinen Dementia praecox-Probanden (und deren Vollgeschwister) sind.

Tabelle 32. (Erläuterung siehe S. 81 und folgende und 84.)

Material-Übersicht über die Stiefgeschwister der Probanden-Dementia praecox des Kapitels 2.

Vollgeschwister von Dementia praecox-Probanden, welche von Dementia praecox-freien Eltern abstammen															Halbgeschwister der nebenstehenden Vollgeschwister von Dementia praecox-Probanden											
Zahl der Geschwister-Serien	Gesamt-Geschwisterzahl	Dementia praecox	Andere Psychosen	Psychosen überhaupt	† Alter in Jahren			lebend Alter in Jahren			†	Belastung von			Zahl der Fälle, bei denen Belastung auf Seite des gemeinsamen Elters liegt	Gesamt-Geschwisterzahl	Dementia praecox	Andere Psychosen	Psychosen überhaupt	† Alter in Jahren			lebend Alter in Jahren			†	Zahl der Fälle der Stiefgeschwister-Serien, bei denen Belastung auf Seiten des Stiefelters dieser Geschwister liegt
					bis 17	17 bis 40	nach 40	bis 17	17 bis 40	nach 40	unbekanntes Sterbealter	Vaters Seite	Mutters Seite														
40	212	42	7	49	55	1	2	6	85	14	—	14	13	Zeugungen des Vaters mit einer späteren Frau	gemeinsamer Vater	Zeugungen des Vaters mit einer früheren Frau	14	162	—	1	1	81	5	3	—	25	42	5	13
36	211	36	5	41	68	9	2	11	55	25	—	16	15	Zeugungen des Vaters mit einer früheren Frau		Zeugungen des Vaters mit einer späteren Frau	16	182	1	—	1	57	1	—	47	71	4	1	15
76	423	78	12	90	123	10	4	17	140	39	—	30	28	Summen a			30	344	1	1	2	138	6	3	47	96	46	6	28
44	291	45	3	48	103	7	3	13	99	18	-	32	13	Zeugungen der Mutter m. einem späteren Mann	gemeinsame Mutter	Zeugungen der Mutter m. einem früheren Mann	13	79	—	—	—	23	6	3	—	21	22	4	32
22	54	22	—	22	14	—	—	3	12	3	—	10	8	Zeugungen der Mutter m. einem früheren Mann		Zeugungen der Mutter m. einem späteren Mann	8	75	—	2	2	26	2	—	17	27	-	1	10
66	345	67	3	70	117	7	3	16	111	21	—	42	21	Summen b			21	154	—	2	2	49	8	3	17	48	22	5	42
142*	768	145	15	160	240	17	7	33	251	60	—	72	49	Summen a + b			51	498	1	3	4	187	14	6	64	144	68	11	70

* Ziffer, welche ausdrückt, wievielmal von seiten der Eltern Stiefzeugungen vorgenommen wurden. Die Zahl der Eltern beträgt 134 × 2. Bei 8 Eltern fanden also zwei verschiedene Stiefzeugungen statt.

Verarbeiten wir nun die gesamten, mindestens einen Dementia praecox-Probanden enthaltenden Geschwister-Serien unseres Materials, welche Halbgeschwister besitzen, getrennt, so erhalten wir zunächst die folgende Material-Übersicht der Tabelle 32, Seite 80.

In Tabelle 32, Seite 80 stehen auf der linken Hälfte die Vollgeschwister der Dementia praecox-Probanden aus Kapitel 2, welche Stiefgeschwister besitzen. Diese letzteren sind auf der rechten Hälfte untergebracht.

Die Summen a links und rechts in der oberen Hälfte der Tabelle drücken die Summen der Kinder derjenigen Väter aus, welche zweierlei Zeugungen mit 2 Frauen vorgenommen haben. Die Halbgeschwister in der oberen Hälfte rechts haben also verschiedene Mütter.

Die Summen b links und rechts in der unteren Hälfte der Tabelle drücken die Summen der Kinder derjenigen Mütter aus, welche zweierlei Zeugungen mit 2 Männern vorgenommen haben.

Die Halbgeschwister in der unteren Hälfte rechts haben also verschiedene Väter.

Wenn es richtig ist, daß nur durch die Mitwirkung der beiden elterlichen Ahnenplasmen Dementia praecox bei den Kindern auftreten kann, so wird, wie gesagt, bei den Stiefgeschwistern ein erheblich kleinerer Teil von Dementia praecox von vornherein zu erwarten sein, als unter den Vollgeschwistern, da ja nicht angenommen werden kann, daß bei so großen Ziffern der Zufall in jedem Fall einer Zweitzeugung den Erzeuger ausgerechnet wiederum auf einen heterozygoten Partner, das heißt auf einen Menschen, der auch die Anlage zu Dementia praecox in sich birgt, geführt haben sollte. Allein es sind, wie aus der Tabelle 32 zu ersehen, nicht bloß weniger Dementia praecox unter den Halbgeschwistern zu finden, sondern überhaupt nur ein Fall, woraus wir wohl einen Schluß auf das verhältnismäßig seltene Vorkommen der Anlage zu Dementia praecox zu ziehen berechtigt sind. Sie muß jedenfalls mindestens so selten sein, daß 142[1]) + 12[2]) = 154 Partner mit der Anlage zu Dementia praecox in 498[1]) + 23[2]) = 521 (Zahl der Gesamtstiefgeschwister für die DR mal DR und RR mal DR-Kreuzungen) Fällen von Zusammentreffen zum Zwecke der Zeugung mit Partnern aus der freien Bevölkerung nur eine Dementia praecox und drei andere Psychosen zu erzeugen vermochten, währenddem sie mit dem anderen Partner, der auch Elter unserer Ausgangskranken ist, in 768[1]) + 12[3]) = 780 Fällen zur Erzeugung von 145 + 13 = 158 Dementia praecox und 15 + 0 = 15 anderen Psychosen geführt hat.

Die genaue Prozentberechnung des Auftretens von Dementia praecox und anderen Psychosen unter Stiefgeschwistern findet sich auf Tabelle 33, Seite 82.

Die Berechnung der Tabelle 33 geschah ganz nach den auf S. 60 und 64 für Tabelle 24 dargelegten Grundsätzen.

Erwähnt sei nur noch, daß in Rubrik I, Kolonne 2 zur Summe $\frac{147}{2}$ noch $^1/_2$ dazu gezählt werden mußte, weil ja der eine Fall, welcher ein im Alter von 13—36 Jahren stehendes lebendes normales Geschwister von 2 Klinik-Probanden

[1]) Vergleiche Tabelle 32 S. 80.
[2]) Vergleiche Tabelle 36 S. 86.
[3]) Vergleiche Tabelle 35 S. 85.

Tabelle 33. (Erläuterung siehe S. 81 und S. 77. Vergleiche auch die Prozentübersicht Tabelle 31, S. 73.)
Prozentberechnung nach dem abgekürzten Verfahren (S. 51 und 60).
Häufigkeit der Dementia praecox bei den Halbgeschwistern der Dementia praecox-Fälle der Klinik.

Zahl der Geschwister-Serien 134 Geschwisterzahl 498		I. Normale, d. h. Nicht-Psychotische				II. Sekundärfälle				III. Andere Psychosen				IV. Klinik-Probanden			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Alter in Jahren		0—12	13–36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13—36	37 und mehr	unbekannt	0—12	13–36	37 und mehr	unbekannt
1 Klinik Dementia praecox [1])	lebend	54	130	91	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	†	185	16	8	8	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
2 Klinik Dementia praecox	lebend	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	†	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summen	240	147	99	8	—	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—

Berechnung:

Bezugsgesamtheiten: $0 + \frac{147}{2} + 99 + 0 + \frac{1}{2}$ $\quad + \frac{1}{2}$ $\quad + \frac{2}{2} + 1$

Bezugsziffern = 175,5: 1 Sekundärfall + 3 andere Psychosen,

woraus sich ergibt 175,5 : 1 (Sekundärfall) also 1000 : 1755 = 0,56% Dementia praecox,
und 175,5 : 3 (andere Psychosen) also 3000 : 1755 = 1,70% andere Psychosen,
und 175,5 : 4 (Psychosen überhaupt) also 4000 : 1755 = 2,27% Psychosen überhaupt.

[1]) Unter den Fällen 1 Klinik Dementia praecox sind mitenthalten: 1 Eglfinger lebend 7 bei 13—36, 9 bei 37 und mehr und 1 Eglfinger gestorben 14 bei 0—12, 3 bei 37 und mehr, 4 bei unbekannt wie alt.

Tabelle 34 (Erläuterung siehe S. 84).

Fortlaufende Nummer	Probanden-Nummer	Dementia praecox-Belastung von seiten				Es sind Stief-zeugungen da
		des einfach verheirateten Elters		des doppelt und dreifach verheirateten Elters		
		des Vaters	der Mutter	des Vaters	der Mutter	
1	87				2 Onkel	
2	167				1 Base I. Grad.	
3	321				1 Base II. Grad.	
4	557				1 Base I. Grad.	
5	686	1 Großtante				
6	323		1 Tante			
7	329		2 Tanten	1 Base I. Grad. 1 Tante		nur von seiten eines Elters
8	381			1 Vett. u. 1 Base I. Grades		
9	627			1 Base II. Grad.		
10	184				1 Stief-Groß-Tante	
11	173			1 Vett. II. Grad. 1 Groß-Tante		
12	828			1 Vett. II. Grad.		
13	798			1 Onkel		
14	864			1 Base I. Grad.		
15	435 a)				1 Vett. III. Grad.	
16	435 b)		1 Vetter III. Grades			von seiten beider Eltern
17	778 a)	1 Groß-Onkel				
18	778 b)			1 Groß-Onkel		
19	823 a)			1 Base I. Grad.		
20	823 b)			1 Base I. Grad.		
21	307 a)			1 Stiefbruder selbst ist Dementia praecox-krank		von seiten eines Elters zweimal
22	307 b)			1 Stiefbruder selbst ist Dementia praecox-krank		

darstellt, eben deshalb zweimal gezählt werden muß. Einmal ist er schon in der Summe 147 mit enthalten und dort auch halbiert. Als zweiter Fall ist er gesondert halbiert. Die Ergebnisse sind auch besprochen auf S. 77. Ferner wären die hier erhaltenen Prozente auch mit den Prozentziffern der Übersichtstabelle 31 auf S. 73 zu vergleichen.

Es ist dabei außerdem noch im höchsten Grade bemerkenswert, daß in dem einen Fall, wo eine Stiefgeschwister-Dementia-praecox aufgetreten ist, der Elternpartner aus der freien Bevölkerung selbst an Dementia praecox leidet.

Freilich wäre noch, unter vorläufigem Verzicht auf die Annahme, daß die Dementia praecox nach der Mendelschen Regel sich vererbt, die Frage zu erörtern, ob nicht vielleicht in allen Fällen von Halbgeschwisterzeugung gerade der eine Voll-Elter aller Geschwister (das heißt der Elter der Vollgeschwister unserer Dementia praecox-Kranken und gleichzeitig der Stiefgeschwister unserer Dementia praecox-Kranken) der belastungsfreie oder verhältnismäßig belastungsfreie Elter war? Man müßte bei dieser Voraussetzung dann annehmen, daß die Dementia praecox-Kranken ihre Krankheit lediglich der Beschaffenheit des einfach verheirateten Elters oder vielmehr der Belastung auf seiten des einfach verheirateten Elters zu verdanken hätten.

Es ist aber von vornherein freilich unwahrscheinlich, daß der Zufall so gespielt haben sollte, daß bei sämtlichen Halbgeschwisterzeugungen stets nur der nichtbelastete Elter eines Dementia praecox-Kindes mit dem zweiten Partner in Zeugungsaktion getreten sei. Wie es in concreto in dieser Hinsicht mit der Verteilung der Belastung steht, geht aus Tabelle 32, S. 80 hervor.

Hiernach kann davon keine Rede sein, daß der Ausfall der Stiefgeschwister, das heißt ihr Freibleiben von Dementia praecox, etwa dadurch zu erklären wäre, daß auf seiten der Eltern unserer Kranken, welche Halbgeschwister erzeugen, keine Belastung (**irgendwelcher Art**) vorhanden ist, wenn es auch auffallend genannt werden muß, daß sie auf seiten des anderen Partners scheinbar öfters, das heißt 70 mal auf seiten des nicht gemeinsamen Elters, gegen 51 mal auf seiten des gemeinsamen Elters gefunden wird. (Siehe Tabelle 32, S. 80.)

Berechnen wir aber in gleicher Weise, wie sich die **Dementia praecox-Belastung** im engeren Sinne auf die einfach bzw. doppelt verheirateten Eltern verteilt, so erhalten wir das auf Tabelle 34, S. 83 dargestellte Bild:

Wir sehen hier, daß da, wo nur von seiten eines Elternteils Stiefzeugungen vorhanden sind, eine Dementia praecox-Belastung 12 mal auf seiten des doppelt verheirateten liegt, gegen 2 mal auf seiten des einfach verheirateten Elters. (Nr. 686 und 323.)

Einmal ist die Belastung von beiden Seiten gleichzeitig vorhanden (Nr. 329).

Wo Stiefzeugungen von seiten beider Eltern vorhanden sind (2 Fälle), ist die Dementia praecox-Belastung für das eine Stiefgeschwister auf der Seite des gemeinsamen Elters, für das andere Stiefgeschwister auf der Seite des nicht gemeinsamen Elters.

Wo schließlich von seiten eines Elternteils drei Heiraten, das heißt 2 Stiefzeugungen stattfinden (2 Fälle), da ist in dem einen Fall Nr. 823 a und b eine Dementia praecox-Belastung auf der Seite des dreifach verheirateten Elters zu finden. Im anderen Fall Nr. 307 a und b ist in der zweiten Zeugungsverbindung des Vaters ein Dementia praecox-krankes Kind vorhanden, wobei aber die zweite Partnerin des Vaters selbst Dementia praecox-krank ist. Gerade in dieser Zeugung sehen wir den interessanten einzigen Fall von Dementia praecox-Stiefgeschwistern, der sich aber hier auch gleichzeitig einwandfrei dadurch erklärt, daß eben die Partnerin, die zur zweiten Zeugung benutzt wurde, selbst Dementia praecox besitzt, also ganz sicher die Anlage zur Krankheit mit sich führte. Die Zeugung mit einer dritten, aber gesunden Partnerin hatte wiederum gesunde Stiefkinder zur Folge. Aus der Tabelle geht also viel deutlicher als

aus derjenigen Tabelle, in der die allgemeinen Belastungsverhältnisse angegeben sind, hervor, daß es nicht an einem Fehlen einer Dementia praecox-Belastung hängen kann, wenn die doppelt und dreifach verheirateten Eltern, bei ihren Zweit- und Drittzeugungen keine Dementia praecox-Kinder mehr haben. Vielmehr erklärt sich der Sachverhalt einfach mit der Annahme, daß die zweiten und dritten Partner der doppelt und dreifach verheirateten Eltern eben keine Anlage zu dieser speziellen Art von Krankheit mit sich brachten oder jedenfalls in einem ganz bedeutend geringeren Maße diese Anlage enthielten, als dies bei den ersten Partnern der Fall ist, wo ja eine Anlage zu Dementia praecox, das heißt eine Heterozygie, vorhanden sein muß, da sonst nach unserer Annahme Dementia praecox in der Vollgeschwister-Serie nicht zum Vorschein gekommen sein könnte.

Wenn es ferner richtig wäre, daß bei der Dementia praecox ein Elter allein bestimmend wäre für den Ausfall der Kinder, so müßte nun vor allem in den Fällen, wo die Eltern selbst an Dementia praecox leiden und mit einem ersten Partner Dementia praecox erzeugt haben, die Zeugung mit anderen Partnern ebenfalls in einem gewissen Prozentsatz Dementia praecox bei den Kindern zur Folge haben.

Sehen wir unsere Fälle daraufhin an, so ergeben sich die Übersichten auf Tabelle 35, S. 85 und Tabelle 36 S. 86.

Tabelle 35 (zu Seite 86 und 87 und folgende).

Vollgeschwister von Dementia praecox-Kranken, welche selbst einen Dementia praecox-kranken Elter besitzen, also Produkte einer RR mal DR-Kreuzung sind.

Familienzahl	Gesamt-geschwister-zahl	Davon Dementia praecox	Anders geisteskrank	Geisteskrank überhaupt	†			lebend Ende 1912			Akten-nummer	
					0—17	17—40	nach 40	0—17	17—40	nach 40		
	3	1	0	1	1	0	0	0	1	0	746	
	4	1	0	1	2	0	0	0	0	1	759	
	5	1	0	1	0	0	0	0	4	0	900	
	9	1	0	1	6	0	0	0	2	0	765	
	8	1	0	1	3	0	0	1	3	0	764	
	5	1	0	1	1	0	0	0	3	0	742	
	8	2	0	2	1	0	0	0	3	2	799	
	5	1	0	1	0	0	0	0	1	3	761	
8	47	9	0	9	14	0	0	1	17	6		Summe a
	4	1	0	1	2	0	0	0	0	1	759	
	6	1	0	1	3	0	0	0	0	2	757	
	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	754	
	8	1	0	1	3	0	0	1	3	0	764	
4	19	4	0	4	8	0	0	1	3	3		Summe b
12	66	13	0	13	22	0	0	2	20	9		Summe a und b

Tabelle 36 (zu S. 85 und 86 und folgende).

Halbgeschwister der auf Tabelle 35 verzeichneten (Voll-)Geschwister von Dementia praecox-Kranken.

Gemeinsame Mutter	Akten-Nummer	Zweierlei Zeugungen des kranken Elters nach dem Schema (Voll-geschwister / Stief-geschwister)	Gesamt-Geschwister Zahl	Davon Dementia praecox-krank	Anders geisteskrank	Geisteskrank überhaupt	† bis 17	† 17–40	† nach 40	lebend bis 17	lebend 17–40	lebend nach 40	Zweierlei Zeugungen des gesunden Elters nach dem Schema (Voll-geschwister / Stief-geschwister)
	746	Mutter krank	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	759	Mutter krank	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	900	Mutter krank	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	765	—	4	—	—	—	2	—	—	—	2	—	Vater krank
	764	Mutter krank	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	742	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	Vater krank
	799	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	Vater krank
	761	Mutter krank	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Summe a	8 Fälle	5	14	—	—	—	10	—	—	—	3	1	3
Gemeinsamer Vater		Zweierlei Zeugungen des kranken Elters nach dem Schema (Voll-geschwister / Stief-geschwister)											Zweierlei Zeugungen des gesunden Elters nach dem Schema (Voll-geschwister / Stief-geschwister)
	759	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	Mutter krank
	757	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	2	Mutter krank
	754	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	1	Mutter krank
	764	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	Mutter krank
Summe b	4 Fälle	0	9	—	—	—	4	1	—	1	—	3	4
Summe a + b	12 Fälle	5	23	—	—	—	14	1	—	1	3	4	7

Es ergibt sich aus den Tabellen, daß das Material über gleichzeitige elterliche und kindliche Dementia praecox zur Lösung dieser Frage zu klein ist, um irgendwelche positive Schlüsse daraus zu ziehen. Zwar ist irgend ein Dementia praecox-krankes oder sonst psychotisches Halbgeschwister nicht zu finden. Allein dies kann daher rühren, daß von im ganzen 12 zweiten Zeugungsverbindungen in 7 Fällen diese Zweitzeugungen von dem Dementia praecox-freien Elter ausgingen. Nur in 5 Fällen zeugte der Dementia praecox-kranke

Elternteil (es war stets die Mutter) außer mit einem ersten Partner, mit dem er unter anderm mindestens ein Dementia praecox-krankes Kind erzeugte, mit einem zweiten Partner Nachkommen, im ganzen 8. Allein davon starben schon im Alter von 0—17 Jahren (meistens ganz klein) 7 und nur ein einziges Kind, das allerdings gesund ist, lebt im Alter von 17—40 Jahren. Diese zuletzt genannten Tatsachen sprechen zwar nicht gegen unsere allgemeine These, daß Stiefgeschwister-Dementia-praecox ganz außerordentlich selten vorkommt, das heißt, besser ausgedrückt, daß Stiefgeschwister-Erkrankungen in einem unausgelesenen Material augenscheinlich erst dann auftreten, wenn es schon eine verhältnismäßig recht ansehnliche Größe erreicht hat. Sie sprechen aber auch allein nicht gegen die Annahme, daß in einem größeren Material, als es mir gegenwärtig zur Verfügung steht, in welchem sich mehr in höherem Alter stehende Nachkommen befinden, zahlreiche Dementia praecox zu finden sein könnten, was dann allerdings unter Umständen auf einen bestimmenden Einfluß des kranken Elters allein hinweisen würde, besonders wenn auch bei einer Vermehrung des Materials der zweiten Kinder (im Sinne der Nicht-Vollgeschwister) des nicht Dementia praecox-kranken Vollelters Dementia praecox nicht oder nur ganz vereinzelt gefunden werden sollte.

Es wird der Zukunft und der künftigen Zusammenarbeit aller Irrenärzte vorbehalten bleiben, dieses Material mit zahlreichen lebenden und volljährig und älter gewordenen Stiefgeschwistern (mit Abstammung von kranken Eltern) noch zu beschaffen.

Wir können aber die Tatsache der auffallenden Nicht-Beteiligung der Stiefgeschwister unserer Probanden an Dementia praecox-Erkrankung noch in anderem Lichte betrachten.

Oft wird bekanntlich die Trunksucht des Vaters als Ursache irgendwelcher Psychose beim Kinde, natürlich auch der Dementia praecox, beschuldigt.

Ist diese Annahme richtig, so müßte der schädliche Einfluß sich wohl in gleicher oder annähernd gleicher Weise auf die Geschwister aus verschiedenen Ehen des Trinkers verteilen, insbesondere dann, wenn die Stiefgeschwister-Zeugungen ebensooft nach den Vollgeschwister-Zeugungen folgen, als sie ihnen vorangehen (weil damit dem Einwande einer verschiedenen Wirkung der im Laufe des Lebens zunehmenden oder abnehmenden Trunksucht des Vaters begegnet würde).

Nun kommt aber praktisch Trunksucht wohl fast nur beim männlichen Geschlecht in Betracht. Schon diese Überlegungen zeigen uns, daß, von dieser Seite betrachtet, ein Einfluß reiner Trunksuchtanlage gesunder Väter auf die Erzeugung von Dementia praecox nicht gerade sehr wahrscheinlich ist.

Allein unser Material ist zu klein, um sichere Schlüsse in dieser Richtung daraus zu ziehen, denn Fälle von einerlei Zeugungen von Trinkern, deren Frauen mit anderen Männern noch Kinder hatten, liegen nur 20 und Fälle von zweierlei Zeugungen von Trinkern nur 11 vor. Fehlen auch unter den Zweit-Zeugungen der letzteren Kategorie ebensowohl wie unter den Stiefkindern der 20 Trinker Fälle von Dementia praecox, so wäre doch denkbar, daß auf Grund eines größeren Materials die Sachlage sich noch ändern könnte.

Ein größeres Material würde aber wohl zur sicheren Entscheidung dieser wichtigen Frage dienen können.

Es soll also in Zukunft noch gesammelt werden.

Es bleibt mir noch ein interessanter Erfahrungsgegensatz aus der psychiatrischen Praxis, wenn ich mich so ausdrücken darf, zu besprechen übrig, nämlich ein gewisser Gegensatz zwischen der Häufigkeit des Vorkommens der Dementia praecox bei den Stiefgeschwistern von Dementia praecox-Kranken und ihrer Häufigkeit bei Vettern und Basen von Dementia praecox-Kranken.

Es fällt auf, und anderen Psychiatern dürfte es ja wohl auch so gehen, daß man, wie bereits erwähnt, selbst bei größerer und längerer psychiatrischer Tätigkeit doch nur verhältnismäßig selten von Dementia praecox bei Stiefgeschwistern von Dementia praecox-Kranken zu hören bekommt, welche einem zur Behandlung übergeben wurden, dagegen verhältnismäßig häufig von Vettern und Basen, die an derselben Krankheit leiden. Jedenfalls dürfte es wohl kaum einen Psychiater geben, dem in seinem Erfahrungskreise nicht die einen oder anderen Fälle von vetterlicher Erkrankung, zum Beispiel ersten Grades, zur Kenntnis gekommen wären, währenddem viele Psychiater von Stiefgeschwister-Erkrankungen an Dementia praecox noch nichts erfahren haben dürften.

Das könnte nun manchem merkwürdig erscheinen. Denn, wie oben ausgeführt, müssen wir doch annehmen, daß die Eltern unserer Dementia praecox-Kranken die Anlage zu Dementia praecox irgendwie latent mit sich führen, also irgendwie rezessive Heterozygoten sind. Heiraten sie nun nochmals in die breite Bevölkerung hinein, so ist die Wahrscheinlichkeit, daß sie nochmals auf einen heterozygoten Partner treffen, naturgemäß um so geringer, je seltener die Anlage in der breiten Bevölkerung vorhanden ist. Diese ist nun in der Tat ziemlich selten, was eben dadurch bewiesen wird, daß selbst bei einer erheblichen Zahl von Stiefzeugungen doch Dementia praecox-Kinder nicht geboren werden.

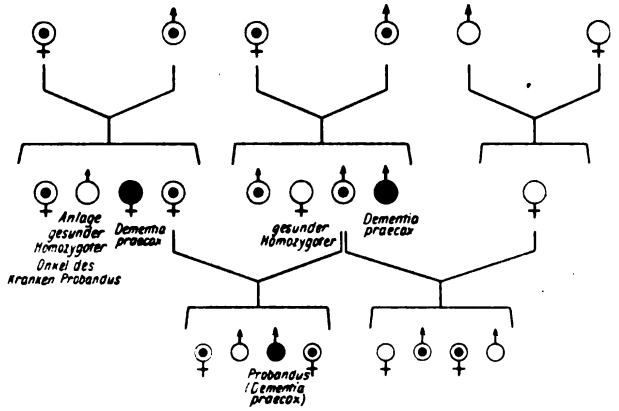
Allein in dieser Chance, bei der Stiefzeugung auf anlagegesunde Partner zu treffen, sind ja doch die Eltern von Dementia praecox-Kranken durchaus nicht besser daran als die Onkel und Tanten unserer Dementia praecox-Kranken. Auch für diese muß ja die gleiche, geringe Chance angenommen werden, bei Heirat in die breite Bevölkerung hinein gerade auf einen Partner mit Dementia praecox-Anlage zu treffen.

Ja, die Chance für eine Zeugung, welche der Entstehung von Dementia praecox in der Nachkommenschaft feindlich ist, ist für Onkel und Tanten unserer Dementia praecox-Kranken zum Teil sogar noch günstiger, da ja in der Summe aller Onkel und Tanten unserer Dementia praecox-Kranken nach der durchaus begründeten Mendelschen Annahme auch eine große Zahl von anlagegesunden Homozygoten sich befinden müssen (denn in den seltensten Fällen sind ja die Großeltern unserer Kranken auch wieder Dementia praecox-krank, in welchem Falle dann auch sämtliche Onkel und Tanten väterlicher- oder mütterlicherseits allerdings Heterozygote sein müßten), während ja alle Eltern unserer Dementia praecox-Kranken (insoferne sie nicht selbst an Dementia praecox leiden) als Heterozygote irgendwelcher Art betrachtet werden müssen. Zwei Beispiele werden dies klar legen.

In Fig. 37, wo in der Elternfamilie, sowohl mütterlicher-, wie väterlicherseits, Dementia praecox vorkommt, finden sich doch bei einer schematischen Kinderzahl von 4 Individuen zwei gesunde Homozygote, die, bei Heirat in die

Fig. 37. (Erläuterung Seite 88.)

Schema (bei der hypothetischen Annahme, daß die Dementia praecox ein einfach rezessiv mendelndes Merkmal sei) bei doppelseitiger Dementia praecox-Belastung des kranken „Probandus" durch Onkel und Tanten.



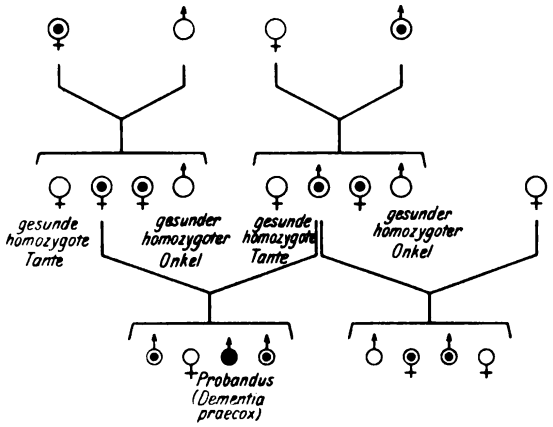
gesunde Homozygoten.

Heterozygoten (rezessiv).

Dementia praecox-kranke Homozygoten.

Fig. 38. (Erläuterung Seite 90.)

Schema (bei der hypothetischen Annahme, daß die Dementia praecox ein einfach rezessiv mendelndes Merkmal sei) bei fehlender Dementia praecox-Belastung durch Onkel und Tanten.



gesunde Homozygoten.

Heterozygoten (gesund).

kranke Homozygoten.

breite Bevölkerung hinein, natürlich gesunde Kinder haben müssen und in Fig. 38, wo kein Fall von Dementia praecox in der Elterngeneration angenommen ist, finden sich im ganzen 4 gesunde Homozygoten.

Man müßte also folgerichtig wenigstens für die Verhältnisse der Fig. 38 eigentlich das umgekehrte Ergebnis als das in unserer Praxis scheinbar zutage tretende erwarten, nämlich, daß die Chance für einen Elter eines Dementia praecox-Kranken, bei einer zweiten Zeugung wiederum Dementia praecox-Kinder hervorzubringen, größer wäre, als es diejenige für einen durchschnittlichen Onkel oder eine durchschnittliche Tante unserer Dementia praecox-Kranken der Fig. 38, S. 89 ist und daß also häufiger Dementia praecox-Stiefgeschwister von Dementia praecox-Kranken in dem Erfahrungskreise des Psychiaters sich befinden müßten, als Dementia praecox-kranke Vettern und Basen unserer Dementia praecox-Kranken.

Trotz des gegenteiligen Anscheins ist das nun auch vielleicht, ja wahrscheinlich der Fall. (Der Beweis wird aber erst später bei größerer Anhäufung des Materials erbracht werden können.) Und zwar ist dies aus folgenden Gründen anzunehmen:

Die Zahl der sämtlichen Stiefgeschwister, die unsere Dementia praecox-Kranken haben, ist eine verhältnismäßig sehr beschränkte, die Zahl der sämtlichen Vettern und Basen dagegen im Vergleich dazu eine ganz bedeutend höhere.

Zunächst ist zu bedenken, daß die Zahl der Stiefgeschwister schon im Vergleich zu der Zahl unserer Vollgeschwister eine bedeutend kleinere ist.

Die mittlere Fruchtbarkeit unserer Vollgeschwisterehen (in denen also unsere Dementia praecox-Kranken vorkommen) beträgt 5,4 und die durchschnittliche Fruchtbarkeit der dazu gehörigen Stiefgeschwisterehen[1]) beträgt 3,5.

Sodann aber ist zu bedenken, daß, in den allermeisten Fällen, die Eltern unserer Dementia praecox-Kranken doch mehrere Geschwister besitzen, die ebenfalls wieder und zwar oft sehr viele Kinder besitzen.

Eine vollständige Übersicht über die Zahl der Geschwister der Eltern unserer Dementia praecox-Kranken, welche wiederum Kinder besitzen, kann erst später gegeben werden.

Sie ist aber sehr groß, wohl um ein mehrfaches größer, als die Zahl der Vollgeschwister unserer Dementia praecox-Kranken.

Wir erschließen aus dieser Sachlage, daß, wenn wir von Vettern und Basen-Erkrankungen erfahren, diese gewissermaßen in unserem Erfahrungskreis auf einen engen Raum zusammengedrängte positive (kranke) Einzelerfahrungen darstellen, die aus einer sehr großen Gesamt-Vettern-Population als einzelne kranke Vettern sich unserer Aufmerksamkeit besonders aufdrängen, aus einer Population, die hinsichtlich ihrer Größe ein Vielfaches derjenigen beträgt, welche eine Stiefgeschwister-Population darstellt und von deren gesunden Gliedern hinsichtlich ihrer Zahl wir keine rechte Vorstellung haben. Es dürfte von diesem Gesichtspunkte aus daher in der Tat nicht verwunderlich sein, wenn wir durch das Mittel einer genauen Familienanamnese so viel

[1]) Das heißt besser Zeugungen, aus denen Stiefgeschwister unserer Kranken hervorgegangen sind.

öfter von Vettern und Basen-Erkrankungen hören, als von Stiefgeschwister-Erkrankungen.

Erst eine Inbeziehung-Setzung der Dementia praecox-Vettern und Basen zu der Gesamtzahl aller Vettern und Basen überhaupt würde uns also die Möglichkeit eines Vergleiches mit der Häufigkeit der Krankheit bei den Stiefgeschwistern gestatten.

Es wird eine Frage der gewissenhaften Weitersammlung des gesamten Vettern- und Basenmaterials sein, damit wir in die Lage versetzt werden, den Prozentsatz, in welchem Vettern und Basen an Dementia praecox erkranken, genau festzustellen und ihn in Vergleich zu setzen mit dem Prozentsatz, in welchem die Stiefgeschwister an Dementia praecox erkranken. Auf diese Weise wird sich dann bei getrennter Behandlung des Materials nach Schema Fig. 37 und Fig. 38 herausstellen, ob der Prozentsatz der erkrankten Vettern und Basen, wie wir erwarten müssen, kleiner ist, als derjenige, wie wir ihn bei einem genügend großen Material unter den Stiefgeschwistern unserer Dementia praecox-Kranken finden werden.

Eine genaue Beantwortung unserer Frage müßte natürlich wieder die üblichen Voraussetzungen haben. Es müßten die sämtlichen Vettern und Basen und deren Gesundheitszustand usw. bekannt sein und es müßten dann, genau in der Art, wie das bei den Geschwistern der Dementia praecox-Probanden zu geschehen hat, die Erfahrungen der sämtlichen gesunden und Dementia praecox-kranken Stiefgeschwister, sowie Vettern und Basen, welche unsere Dementia praecox-kranken Probanden besitzen, zueinander in der üblichen Weise in Beziehung gesetzt werden, natürlich ebenfalls unter Rücksichtnahme auf die vorliegenden Ergebnisse der Krankheits- und Todes-Erwartung.

Wie gesagt, darf man wohl annehmen, daß bei einer statistisch-kritischen Betrachtungsweise die Dementia praecox-Vettern- und Basen-Erfahrungen unter den gesamten Vettern und Basen unserer Probanden keinen größeren, sondern wohl (für Schema Fig. 38) eher einen kleineren Raum einnehmen werden, als die Dementia praecox-Stiefgeschwister-Erfahrungen unter den gesamten Stiefgeschwister-Erfahrungen unserer Dementia praecox-Probanden.

Da die genaue Berechnung dieser Verhältnisse eine mühevolle Mitarbeit noch zahlreicher Pfarrämter und Familienglieder entfernteren Grades erheischt, so muß ich sie leider auf einen späteren Zeitpunkt vertagen.

Das gleiche ist zu sagen über die Häufigkeit des Vorkommens von Dementia praecox-Erfahrungen von Vettern und Basen zweiten und dritten Grades. Diese Erkrankungen stellen gewissermaßen die Blütenlese positiver (kranker) Erfahrungen einer noch viel größeren Gesamtpopulation dar, als es die Vetternpopulation ersten Grades ist. Es ist klar, daß der Nachweis der gesamten Population, in welcher die Dementia praecox bei Vettern zweiten und dritten Grades auftritt, die Kraft eines einzelnen zunächst übersteigt. Er dürfte außerdem zunächst überflüssig werden durch Erbringung des Nachweises für die Vetternpopulation ersten Grades.

Die große Bedeutung dieser Untersuchungen aber liegt unter anderem auch darin, daß sie zur Entscheidung der Frage beitragen wird, ob die Dementia praecox-Anlage ganz, vorwiegend oder teilweise aus eigener Schwere in einem

Stamme von einer Generation zur anderen weiter vererbt wird, das heißt also, ob sie nach einer Modifikation der Dominanz sich vererbt oder ob sie stets eines Dementia-praecox-Ergänzers aus einem anderen angeheirateten Geschlechte bedarf, um beim Deszendenten zu manifester Dementia praecox zu führen.

6. Kapitel.

Der Einfluß der Stellung in der Geburtenreihe auf die Erkrankung an Dementia praecox.

Eine einfache Überlegung zeigt, daß eine Eigenschaft, welche nur kraft des Phänomens der Vererbung auftritt, also sowohl von äußeren Einflüssen auf ihren Träger, als auch von äußeren Einflüssen auf die Beschaffenheit des Keimplasmas der Eltern unabhängig ist, bei den verschiedenen Geburtennummern in gleicher Höhe vorkommen muß, vorausgesetzt natürlich, daß die Größe des Materials Zufälligkeiten auszuschließen gestattet.

Sollte umgekehrt also nachgewiesen werden können, daß die verschiedenen Geburtennummern von Dementia praecox in verschiedener Weise befallen werden, so wäre Grund zur Annahme vorhanden, daß überhaupt oder ev. außer der Erblichkeit noch andere Ursachen beim Zustandekommen der Dementia praecox eine Rolle spielen.

Auch dabei muß natürlich der Einfluß des Zufalls durch eine genügend große Zahl von Beobachtungen ausgeschaltet werden können.

Diese Faktoren könnten nur in Einflüssen liegen, die auf die betreffenden Individuen selbst, in ihrer Entwickelung vom befruchteten Ei ab, eingewirkt haben oder auch in Einflüssen, die zu irgend einer Zeit oder von irgend einer Zeit ab, die zur Befruchtung gelangenden Keimzellen betroffen haben.

Solche Untersuchungen stellen ein Reagens auf äußere Einflüsse dar und sind also ätiologisch von der allergrößten Wichtigkeit, weil sie uns eine Fährte zeigen können, auf welchen ätiologischen Faktoren Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit der verschiedenen Geburtennummern beruhen dürften und uns veranlassen können, diese Fährte zur Auffindung der speziell vorliegenden ätiologischen Faktoren der Neuentstehung von Dementia praecox zu beschreiten.

Zunächst seien einige Übersichten über das vorhandene Material gegeben. (Tabelle 39, S. 93.)

Folgen wir zunächst der gewöhnlichen, allerdings anfechtbaren Methode der Untersuchung des Einflusses der Geburtenfolge-Nummer auf die Krankheit, die darin besteht, daß man das Material einfach nach Geburtennummer und Erkrankung bzw. Nicht-Erkrankung ordnet, dann die Zahl der Erkrankten für jede Geburtennummer-Kategorie feststellt und sie in Prozentbeziehung zu der Zahl der in der betreffenden Geburtennummer-Kategorie überhaupt Geborenen setzt, so erhalten wir die Zusammenstellung in Tabelle 40, S. 94.

Tabelle 39.

Material-Übersicht über die Kinderzahl der Familien.

Herkunft der Dementia praecox-Fälle (Probanden) mit Angabe ihrer Zahl und der dazu gehörenden Sekundär-Fälle		Zahl der Familien (Geschwister-Serien) mit Kinderzahl																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Summen der Familien
Eglfing	1 Proband	1	5	3	2	5	3	2	4	3	—	2	1	1	1	—	—	—	—	33
Psychiatrische Klinik München	1 Proband	28	45	51	53	63	61	76	50	45	40	31	31	15	13	5	4	1	—	612
	2 Probanden	—	1	1	1	2	1	—	2	4	4	—	—	1	1	—	—	—	—	18
	3 Probanden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
	1 Proband + 1 Sekundär-Fall	—	1	2	2	3	1	3	8	4	1	3	1	3	—	—	—	—	1	33
	1 Proband + 2 Sekund.-Fälle	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
	1 Proband + 3 Sekund.-Fälle	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	3
	Zahl der Familien nach Familiengröße	29	52	57	58	73	66	81	64	57	46	36	35	20	16	5	4	1	1	701
	Summen der Geschwister des Gesamtmaterials in jeder Familiengrößen-Kategorie	× 1 = 29	× 2 = 104	× 3 = 171	× 4 = 232	× 5 = 365	× 6 = 396	× 7 = 567	× 8 = 512	× 9 = 513	× 10 = 460	× 11 = 396	× 12 = 420	× 13 = 260	× 14 = 224	× 15 = 75	× 16 = 64	× 17 = 17	× 18 = 18	Summe aller Geschwister 4823

Tabelle 40 (zu Seite 92 folg.).

Zahl und Art der in der entsprechenden Geburtennummer-Kategorie Geborenen. Nach der anfechtbaren Methode.

Geburten-nummer	überhaupt	Dementia praecox-Probanden absolut	Dementia praecox-Probanden in %	Andere Psychosen absolut	Andere Psychosen in %	Sekundär-Fälle von Dementia praecox absolut	Sekundär-Fälle in %	Probanden + Sekundär-Fälle absolut	Probanden + Sekundär-Fälle in %	Alle Psychosen zusammen absolut	Alle Psychosen zusammen in %
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	701	155	22,1	13	1,8	8	1,1	163	23,2	176	25,1
2	672	124	18,4	10	1,4	5	0,7	129	19,1	139	20,6
3	620	99	15,9	9	1,4	8	1,2	107	17,2	116	18,7
4	563	91	16,1	13	2,3	3	0,5	94	16,6	107	19,0
5	505	69	13,6	7	1,3	6	1,1	75	14,8	82	16,2
6	432	62	14,3	10	2,3	2	0,4	64	14,8	74	17,1
7	366	38	10,3	4	1,0	6	1,6	44	12,0	48	13,1
8	285	30	10,5	4	1,4	2	0,7	32	11,2	36	12,6
9	221	19	8,5	3	1,3	3	1,3	22	9,9	25	11,3
10	164	11	6,7	3	1,8	1	0,6	12	7,3	15	9,1
11	118	11	9,3	1	0,8	—	—	11	9,3	12	10,1
12	82	2	2,4	2	2,4	—	—	2	2,4	4	4,8
13	47	6	12,7	—	—	—	—	6	12,7	6	12,7
14	27	2	7,4	—	—	—	—	2	7,4	2	7,4
15	11	2	18,1	—	—	—	—	2	18,1	2	18,1
16	6	—	—	1	16,6	—	—	—	—	1	16,6
17	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	4823	721		80		44		765	845		

Daraus geht eine, in dem Maße, als man sich von den Erstgeborenen entfernt, abnehmende Beteiligung an der Erkrankung hervor. (Kolonne 3, 9, 11 der Tabelle 40, S. 94.) Die Erstgeborenen zeigen die meisten Dementia praecox-Fälle absolut und prozentuell. (Kolonne 2 und 3.)

Erst vom 13. Kinde ab scheinen nach dieser Zusammenstellung die Psychosen überhaupt (Kolonne 11) wieder häufiger zu werden. Jedoch sind hier die absoluten Ziffern klein und beeinträchtigen sichere Schlußfolgerungen.

In ähnlicher Weise haben andere Autoren ähnliche Resultate bei anderen Krankheiten erhalten.

So stellten Pearson und Hansen für die Tuberkulösen, Heron für die Geisteskranken, Goring für die Verbrecher, Czrellitzer für die Kurzsichtigen eine besonders starke Beteiligung an der Erstgeburt fest.

Freilich ergab sich die scheinbar damit in Widerspruch stehende Tatsache, daß, bei Anwendung derselben Methode, auch für hochwertige Personen sich eine stärkere durchschnittliche Beteiligung der Erstgeborenen ergibt. (Weinberg[1].)

[1]) Vgl. Weinberg: Rassenhygienische Bedeutung der Fruchtbarkeit im Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie VII. 1910, S. 692 und „Auslesewirkungen", sowie eine noch unpublizierte Arbeit desselben Autors über Geburtenfolge.

Die durchschnittliche Geburtenfolgeziffer von 40 hervorragenden Württembergern betrug 2,68, während sie nach der durchschnittlichen Größe der elterlichen Familie — 5,725 — hätte 3,36 betragen müssen.

Diese Tatsache, die man durch unhaltbare Hypothesen zu erklären versuchte, erweckte den Verdacht, daß die Methode, mittelst deren sie gefunden wurde, unrichtig ist.

Wie aus Tabelle 39, S. 93 ersichtlich, ist das zugrunde liegende Material nicht aus lauter Familien mit gleicher Kinderzahl zusammengesetzt.

Nun besteht aber, wie Weinberg für die Sterblichkeit ausführt (Kinder der Tuberkulösen, S. 104) auch für Krankheit, also auch für die Dementia praecox die theoretische Möglichkeit, daß innerhalb der Familien mit gleicher Kinderzahl die Geburtenfolge-Nummer gar keinen Einfluß auf die Erkrankung ausübt und trotzdem durch die Zusammenfassung aller Resultate nach der obengenannten Methode ein solcher sich scheinbar gibt. Und zwar wird dies dann der Fall sein, wenn in Familien mit verschiedener Kinderzahl die Morbidität an Dementia praecox wechselt, wie Weinberg dies z. B. für die Sterblichkeit der Familien der Tuberkulösen und Nichttuberkulösen nachgewiesen hat.

Weinberg betont auch mit Recht, daß gegen die Anwendung der genannten Methode (er nennt sie Methode A) auf ein aus Familien mit verschiedener Größe zusammengesetztes Material sich auch der Einwand erheben läßt, daß sie auch die Erfahrungen bei Einzel-Kindern berücksichtigt, obgleich diese begreiflicherweise zur Untersuchung des Einflusses der Geburtenfolge gar nichts beitragen können. Unsere Frage kann also an Einzel-Kindern gar nicht, an 2 Kinderehen nur sehr unvollkommen untersucht werden. Man wird allgemein sagen können, daß Familien mit geringer Kinderzahl für die Untersuchung des Einflusses der Geburtenfolge von geringerer Bedeutung sind als vielköpfige. Tatsächlich sind aber nun die Familien mit wenig Kindern häufiger, wie auch meine Übersicht, Tabelle 39, S. 93 lehrt. Die einfache Gegenüberstellung der summarischen Zahlen für Geborene und Erkrankte mit gleicher Geburtenfolge-Nummer ohne Unterscheidung der Familiengröße gibt daher den Familien mit niederer Kinderzahl ein Übergewicht (den Beweis für die Sterblichkeit ersehe man aus Weinbergs Arbeit).

Es wird sich daher empfehlen, den störenden Einfluß der verschiedenen Familiengröße auszuschalten, d. h. den Einfluß der Geburtenfolge innerhalb der verschiedenen Familiengruppen mit gleicher Kinderzahl zu untersuchen. Das Ideal wäre eine Untersuchung des Einflusses der Geburtenfolge in Ehen mit sehr vielen Kindern. Allein es ist dazu ein sehr großes Material erforderlich, und da das meine hierfür noch nicht ausreichend ist, wende ich, nach dem Vorgange Weinbergs (S. 105 der zitierten Arbeit) eine provisorische Methode an, welche es ermöglicht, die vom Zufall bis jetzt zu sehr abhängigen Resultate der einzelnen Geburtengrößenklassen in einer einwandfreien Weise zusammenzulegen, um auf Grund genügend großen, vom Zufall nicht zu sehr abhängigen Materials die Richtung zu erkennen, in welcher sich die Wirkung der Geburtenfolge bewegt. Solcher provisorischer Methoden hat Weinberg drei angegeben, welche er in seinen „Kindern der Tuberkulösen" an Beispielen erläutert hat.

Es sind dies:

1. Der Vergleich der Erwartung und Erfahrung. Kommt in den Familien mit x-Kindern ein Merkmal (wie z. B. Tod mit 20 Jahren) mit der Häufigkeit t_x vor, so ist es bei Kindern mit einer bestimmten Geburtenfolge-Nummer dieser Familien mit der Häufigkeit $\frac{t_x}{x}$ zu erwarten. Man berechnet nun diesen Wert $\frac{t_x}{x}$ für die verschiedenen Familiengrößenklassen. Indem man dann alle erhaltenen Werte summiert von $\frac{t_1}{1}$ bis $\frac{t_s}{s}$ [1]), erhält man die erwartungsmäßigen Fälle des Auftretens des Merkmals für die Erstgeborenen, ebenso, wenn man den Wert $\frac{t_1}{1}$ wegläßt, die für die Zweitgeborenen usw. Man kann diese erwartungsmäßigen Zahlen mit der tatsächlich im Gesamtmaterial vorhandenen Verteilung des Materials nach der Geburtenfolge vergleichen, indem man die Erfahrungen für die einzelnen Geburtennummern in Prozenten der Erwartung ausdrückt.

Das muß bei genügend großem Material zu einer regelmäßigen Kurve führen.

2. Es werden einfach die Häufigkeiten eines Merkmals bei Erst- und Letztgeborenen miteinander verglichen.

3. Ebenso kann man die Kinder danach sortieren, ob sie der ersten oder zweiten Hälfte der einzelnen Geschwister-Sippschaften angehören und sehen, wie sich das Merkmal auf beide Geburtenfolge-Hälften verteilt.

Die beiden letzten Methoden liefern aber nach einer privaten Mitteilung von Weinberg nur dann ein positives Resultat, wenn sich das untersuchte Material nicht etwa bei den mittleren Kindern anhäuft, sondern die Wirkung der Geburtenfolge entweder in einer durchweg aufsteigenden oder absteigenden Häufigkeitsziffer ihren Ausdruck findet. Diese Methoden können daher noch ergänzt werden durch eine Untersuchung der mittleren Glieder in einer Geschwister-Sippschaft auf die Häufigkeit des Merkmals. Diese Methoden sind ohne weitere Schwierigkeiten da anwendbar, wo es sich schon um bei der Geburt vorhandene Merkmale handelt, oder wo es möglich ist, mit Hilfe der Sterbetafeln, Morbiditätstafeln usw. die vorhandenen Zahlen auf die Gesamtheiten der Geborenen mit verschiedener Geburtenfolge-Nummer zu beziehen.

Diese Möglichkeit ist aber nicht immer gegeben, und wo dies übersehen wird, da entstehen falsche Beziehungen, die zu irreführenden Verhältniszahlen führen müssen.

Wenn z. B. die Sterblichkeit im Kindesalter bei Erst- und Letztgeborenen sehr verschieden ist und zuungunsten der Letztgeborenen ausfällt und wir ein Merkmal untersuchen, das ganz oder fast ausschließlich bei Erwachsenen auftritt, wie Verbrechen, Geisteskrankheit und Eintritt in eine Lungenheilstätte, so muß der Vergleich der Zahlen für diese Merkmale mit den Gesamtheiten der Erst- und Letztgeborenen unbedingt zu ungünstige Verhältniszahlen für die Erstgeborenen, zu günstige für die Letzt

[1]) Wobei s die höchste beobachtete Kinderzahl darstellen möge, d. h. $x = s$.

geborenen ergeben, und es ist zum mindesten eine Korrektur in dem Sinne nötig, daß ein Vergleich der Häufigkeit der gesamten Merkmale nicht mit den Gesamtheiten der Erstgeborenen und Letztgeborenen, sondern nur mit den das Kindesalter überlebenden und in die Gefährdungszone Eingetretenen stattfindet. Dazu kommt noch, daß die Letztgeborenen, bei noch nicht völlig abgestorbenen Generationen, mit denen man eben vorläufig noch fast ausschließlich zu rechnen hat, auch nach Eintritt in die Erkrankungs-Gefährdungszone weniger lang beobachtet sind als die Erstgeborenen und daher die untersuchten Merkmale nicht mit derjenigen Vollständigkeit liefern wie die Erstgeborenen. Wo man daher nicht durch ganz exakte Methoden den Unterschied der ungleich langen durchschnittlichen Beobachtungsdauer völlig auszugleichen imstande ist, wird man stets relativ zu geringe Zahlen der Häufigkeit des Merkmales bei den Letztgeborenen erhalten und ebenso bei der zweiten Hälfte der Geschwister-Sippschaft, und man muß dies bei der Kritik der Resultate berücksichtigen. Dies haben aber Pearson, Heron und Goring bei ihren Untersuchungen verabsäumt. Ich habe zur Demonstration dieses Sachverhaltes absichtlich mein Material auf Tabelle 40, S. 94 nach der unrichtigen Methode dargestellt, um zu zeigen, daß ich mit ihr die gleichen Ergebnisse wie die genannten Autoren erhalte.

Für das vorliegende Problem kommt nun eine weitere Schwierigkeit hinzu, die allerdings auch bei dem Material der genannten Autoren bestand, nicht aber bei dem Weinbergs, und welche sich aus der Art der Materialgewinnung ergibt. Weinberg ist von Erfahrungen der Eltern ausgegangen, ohne über irgend eines der Kinder von vorneherein orientiert zu sein. Sein Material umfaßt außerdem alle Erfahrungen eines Bezirks und Zeitraumes, ist also ohne Weiteres repräsentativ. Unser Material ist aber in der Weise gewonnen, daß die Geschwister-Sippschaft der Probanden (Ausgangs-Dementia praecox) ermittelt wurde; es enthält keine Sippschaften, in denen das Merkmal nicht vorkam, ist daher eindeutig ausgelesen und nicht repräsentativ. Weinberg war nun bei seinem Material imstande, Sterbetafeln zu liefern und es lassen sich, bei einer in gleicher Weise vorgehenden Untersuchung über Erkrankungen, auch Morbiditätstafeln Erst- und Letztgeborener konstruieren.

Dies ist bei dem vorliegenden Material zwar theoretisch auch möglich, wenn man die Erfahrungen der Probanden über ihre Geschwister nach der Geburtenfolge sortiert, praktisch liefert aber eine solche Untersuchung vorläufig noch zu kleine Zahlen.

Wir können daher nur die Geburtenstellung, welche die vorhandenen Probanden hatten, vergleichen mit der Geburtenstellung sämtlicher Geborenen und speziell sämtlicher in die Gefährdungszone Eingetretenen bzw. in derselben Befindlichen. Wir müssen uns aber hüten, darin eine Risikoziffer im strengsten Sinne des Wortes zu sehen[1]); wir können vielmehr nur die Richtung zu erkennen versuchen, in welcher die Wirkung der Geburtenfolge liegt. Hierüber wird man in einem noch unpublizierten Manuskript

[1]) Weil die Probanden mitgezählt sind. Es ist also keine Wahrscheinlichkeit des Erkrankens, sondern es ist bloß eine Verteilungsziffer. Das ist aber nicht zu vermeiden, weil wir nicht von den Eltern als Probanden ausgehen.

Tabelle 41 (zu S. 99).

Unterlage für die Berechnung des Einflusses der Geburtenfolge.

Aus Gruppe		Es gehörten zu der I. und II. Hälfte ihrer Sippschaft und traten aus der Beobachtung α) zwischen dem 13.–40., β) nach dem 40. Jahre															
		Probanden				Sekundär-Fälle				Andere Psychosen				Normale			
		α		β		α		β		α		β		α		β	
		I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
I Klinikfälle mit 1 Probanden	lebend	253,0	226,0	46,5	47,5					14,5	16,5	6	5	725,5	831,5	250	120
	†	15,5	13,5	5,5	3,5					7,0	8,0	1		76,5	50,5	17	8
II Alte Eglfinger Fälle mit 1 Probanden	lebend	0,5	1,5	3	5								1	1		30,5	27,5
	†	2,5	0,5	12	8						2	3	2	9,5	7,5	19	10
III Klinikfälle mit 1 Proband und 1 Sekundärfall von Dementia praecox	lebend	6	20		2	8,5	6,5	7	2		3	2	2	25,5	49,5	27,5	7,5
	†	2,5	1,5	1		5,5	0,5	2	1	1	3			7	4	4	
VI Klinikfälle mit 1 Probanden und 2 Sekundärfällen von Dementia praecox	lebend			1											2	2	
	†					1								1			
V Klinikfälle mit 1 Proband und 3 Sekundärfällen von Dementia praecox	lebend	1		2			5	2						1	3	5	
	†					2	1							2	1		
VI Klinikfälle mit 2 Probanden	lebend	16,5	16,5	0,5	0,5									16,5	23,5	10	1
	†	1	1											1	2	2	
VII Klinikfälle mit 3 Probanden	lebend		2	1										1	3	1	
	†																
		298,5	282,5	72,5	66,5	17,0	13,0	11	3	22,5	32,5	12	10	867,5	977,5	368,0	174,0
		720				44				77				2 387			

Außerdem 1 Proband † in unbestimmtem Alter, der nicht statistisch verwertet wurde.

Weinbergs: „Über die Untersuchung des Einflusses der Geburtenfolge" noch weitere Ausführungen finden.

Unter diesem Vorbehalt wurde das in Kapitel 2 angewandte Verfahren auch hier in der modifizierten Weise befolgt, daß sämtliche Individuen einer Geschwister-Sippschaft so oft gezählt wurden, als sie Probanden lieferten und zwar unter Mitzählung der Probanden selbst.

Wir haben dabei zum Zweck der Illustration der Wirkung verschiedener Methoden die Verteilung nach der Abstammung aus der ersten und zweiten Sippschaftshälfte sowohl 1. für die Gesamtheiten der Geschwister, wie 2. für die das 13. Lebensjahr überlebenden und vollends insofern für eine reduzierte Zahl derselben berechnet, als wir 3. die zwischen 13—40 Jahren aus der Beobachtung geschiedenen nur halb[1]) rechneten und damit den Bestand an innerhalb der Gefährdungszone befindlichen Individuen als Bezugsziffer verwerteten. Die Urzahlen zu den Berechnungen ad 2. und 3. sind in Tabelle 41, S. 98 enthalten, die für 1. ergaben sich ohne weiteres aus der Gesamtzahl der Kinder 4253 + 720 Probanden, die wir nur zu halbieren brauchen, um die erste und zweite Sippschaftshälfte zu erhalten.

Bei der Untersuchung der Verteilung auf erste und zweite Hälfte sind aber die Probanden nur als solche — im Gegensatz zur Berechnung der Bezugsziffern —, nicht auch als Geschwister von Probanden, also nur einfach zu zählen. Das entgegengesetzte Verfahren wäre grundsätzlich verfehlt, auch wenn das Resultat nicht wesentlich anders ausfällt.

Die Art und Weise, wie die Kinder aus der ersten Hälfte und aus der zweiten Hälfte der einzelnen Sippschaften gewonnen werden, ergibt sich aus beigelegtem Schema Tabelle 42, S. 100.

Es fallen z. B. aus der Geburtenzahlgruppe 4 : 15 und 14 Kinder in die erste, 19 und 16 in die zweite Hälfte der Sippschaft.

Um nun die Auszählung so rasch als möglich und unter Zusammenfassung aller nötigen Halbierungen zu bewerkstelligen, wird eine Demarkationslinie zwischen der ersten und zweiten Hälfte der Sippschaften gezogen, welche bei den ungeraden Geburtenzahlen sich gabelt und die mittleren Kinder umfaßt. So konnte die Gesamtzahl der mittleren Kinder übersehen und zusammengezählt werden. Die links und unterhalb der Begrenzung stehenden Zahlen ergaben die Summe der ausschließlich zur ersten Hälfte gehörigen Kinder, die rechts und oberhalb stehenden Zahlen die ausschließlich der zweiten Hälfte angehörigen.

Zu diesen beiden Gruppen wurden dann die mittleren Kinder je zur Hälfte addiert.

Aus Tabelle 41 wurden nun die Bezugsgesamtheiten in der Weise gewonnen, daß zunächst die Lebenden und Toten derselben Kategorie summiert wurden und die Resultate in Tabelle 43 zusammengestellt.

Die Zusammenstellung für den Vergleich der Dementia praecox-Fälle mit den Geborenen wurde dabei nicht weiter spezifiziert. Bei der Berechnung der Bezugsgesamtheiten der 13 Jahre alten wurden zunächst alle Kategorien I—VII einmal gerechnet.

[1]) Siehe die Ausführungen S. 51, abgekürzte Methode.

Tabelle 42 zu S. 99.

Normale, geboren zwischen 1897 und 1872

Kinderzahl	Geburten-Nummer																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	—																
2	9	6															
3	15	13	19														
4	15	14	19	16													
5	21	24	26	27	28												
6	25	20	22	28	29	27											
7	26	30	25	30	33	28	30										
8	16	20	15	15	17	22	22	20									
9	11	18	27	16	16	12	20	20	20								
10	9	9	17	17	19	16	15	15	18	23							
11	9	11	8	7	11	13	12	16	11	9	10						
12	12	10	13	13	13	8	14	14	6	10	7	8					
13	6	3	6	6	8	4	7	5	4	4	5	9	4				
14	5	5	7	8	6	4	5	8	7	4	6	5	5	3			
15	1	2	—	1	3	1	3	—	3	4	—	3	2	3	1		
16	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	3	1	
17	1	—	1	—	1	1	—	1	—	—	1	1	—	—	1	1	1
	182	186	206	186	186	137	130	101	71	57	30	28	13	8	5	2	1

Aus solchen Tabellen erfolgt dann durch Herstellung von wagrechten Zählstreifen eine Summierung nach Familien mit 1, 2, 3 Probanden, beziehungsweise, wenn die mit 2 Probanden doppelt, die mit 3 Probanden dreifach gezählt werden, für das ganze Material.

Dazu waren dann die Zahlen für die Sippschaften mit 2 Probanden noch je einmal, die mit 3 Probanden noch je 2 mal zu addieren (was nur bei Probanden und Normalen praktisch in Betracht kam, weil reine Sekundärfälle und andere Psychosen in Sippschaften mit 2 und 3 Probanden nicht vorkamen). Auf diese Weise sind also die Glieder der Sippschaften mit 2 Probanden 2 mal, die der Sippschaften mit 3 Probanden 3 fach gezählt.

Aus diesem Teil 2 der Tabelle 43 wurden dann unter 3 die Zahlen für den mittleren Bestand zwischen 13 und 40 Jahren in der Weise erhalten,

daß Rubrik α, d. h. die von 13—40 Jahren aus der Beobachtung getretenen, je nur hälftig gezählt wurden, während Rubrik β ebenso wie unter 2 ganz gezählt wurde.

Aus Teil 3 ergaben sich dann die Geschwister der Probanden unter 4 sehr einfach dadurch, daß die sämtlichen Probanden 1 mal weniger gezählt wurden, als der Zahl von Probanden in ihren Sippschaften entspricht, und sie eben nur als Geschwister von Probanden zu zählen waren. Dementsprechend fielen einfach die Zahlen der 2 obersten senkrechten Rubriken weg und es ergab sich so der mittlere Bestand der Geschwister von Probanden im Alter von 13—40 Jahren.

Auf Grund der gewonnenen Verteilungsziffern in den 4 unterschiedenen Kategorien wurde dann für Gruppe 1—3 die erwartungsmäßige Verteilung der 720 Probanden, für Gruppe 4 der 86 Dementia praecox-kranken Geschwister der Probanden berechnet und zwar einfach nach der Regel de tri.

Wenn also z. B. von 3336 13 Jahre alten Personen 1722,5 der ersten Hälfte der Sippschaft angehörten, so gehörten erwartungsgemäß von 720 Probanden 720 mal 1722,5 : 3336 der ersten Hälfte an usw.

Tabelle 43 zu S. 99 folg.

		Bezugsgesamtheiten bei Berechnung auf							
		1.		2.		3.		4.	
		die Geborenen		die 13 Jahre alten		die 13—40 Jahre alten		die Geschwister der Probanden zwischen 13—40 Jahr.	
		inklusive Probanden						exklusive Probanden	
	Rubriken d. Tabelle 41	I	II	I	II	I	II	I	II
Probanden	I—VII α	371	349	298,5	282,5	149,25	141,25	fällt weg	fällt weg
	I—VII β			72,5	66,5	72,5	66,5		
Probanden und gleichzeitig Sekundär-Fälle	1×VI α			17,5	17,5	8,75	8,75	8,75	8,75
	1×VI β			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	2×VII α			—	4	—	2	—	2
	2×VII β			2	—	2	—	2	—
Probanden-Geschwister: Reine Sekundär-Fälle	I—VII α			17	13	8,5	6,5	8,5	6,5
	I—VII β			11	3	11	3	11	3
Andere Psychosen	I—VII α	2115,5	2137,5	22,5	32,5	11,25	16,25	11,25	16,25
	I—VII β			12	10	12	10	12	10
Normale	I—VII α			867,5	977,5	433,75	488,75	433,75	488,75
	I—VII β			368	174	368	174	368	174
	1×VI α			17,5	25,5	8,75	12,75	8,75	12,75
	1×VI β			12	1	12	1	12	1
	2×VII α			2	6	1	3	1	3
	2×VII β			2	—	2	—	2	—
		2486,5	2486,5	1722,5	1613,5	1101,25	934,25	879,5	726,5

Die Resultate dieser Berechnungen sind in Tabelle 44 zusammengestellt und mit der faktischen Verteilung verglichen. Dabei ist auch die faktische Abweichung zwischen Erfahrung und Erwartung mit dem mittleren Fehler auf Grund der Wahrscheinlichkeitsrechnung verglichen.

Vergleichen wir auf Tabelle 44 die Abweichungen der Erfahrungen von den Erwartungen mit den mittleren Fehlern, so ist das Ergebnis folgendes:

1. Beziehen wir die Probanden auf die Gesamtheit ihrer Sippschaften und die Probanden selbst, so erhalten wir eine um so stärkere Abweichung von der Erwartung zu Ungunsten der zweiten Sippschaftshälfte, je genauer wir die Bezugsgesamtheit berechnen.

2. Beim Vergleich der Dementia praecox-kranken Geschwister mit sämtlichen Geschwistern der Probanden erhalten wir kein befriedigendes Resultat, weil das Material zu klein und deshalb der mittlere Fehler zu groß ist.

Tabelle 44 zu S. 102.

Berechnung von Erfahrung und Erwartung.

Bezugsgesamtheiten		a		Dementia praecox-Fälle: Erwartung auf Grund der Verteilung unter a	Faktische Verteilung	Abweichung der Erfahrung von der Erwartung	Mittlerer Fehler
Summe der Geborenen	I. Hälfte	2486,5	Probanden	360	371	+ 11	$\sqrt{\frac{360 \times 360}{720}} = \pm 13{,}4$
	II. Hälfte	2486,5		360	349	− 11	
	Summe	4973		720	720		
13 Jahre alte	I. Hälfte	1722,5		371,8	371	− 0.8	$\sqrt{\frac{371{,}8 \times 348{,}2}{720}} = \pm 13.3$
	II. Hälfte	1613,5		348,2	349	+ 0,8	
	Summe	3336		720	720		
13—40 Jahre alt	I. Hälfte	1101,5		389,7	371	− 18,7	$\sqrt{\frac{389{,}7 \times 330{,}3}{720}} = \pm 13{,}3$
	II. Hälfte	934,5		330,3	349	+ 18,7	
	Summe	2036		720	720		
Porbanden-Geschwister	I. Hälfte	879,5	Probanden-Geschwister	47,1	48	+ 0,9	$\sqrt{\frac{47{,}1 \times 38{,}9}{86}} = \pm 4{,}6$
	II. Hälfte	726,5		38,9	38	− 0,9	
	Summe	1606		86	86		

Zusammenfassend sehen wir aus den mitgeteilten Zahlen, daß die zweite Sippschaftshälfte zu viel Probanden liefert und wir werden uns im Hinblick auf die unvollständigen Beobachtungen der zweiten Sippschaftshälfte sagen müssen, daß auch das unter Tabelle 44, S. 102 erhaltene Resultat nur einen unvollkommenen Begriff von der Wirkung der Geburtenfolge zu geben imstande ist. Wir dürfen annehmen, daß die zweiten Sippschaftshälften relativ noch weit mehr Probanden liefern als aus diesen Zahlen hervorgeht.

Dabei ist zu bemerken, daß Weinberg in der Art der Gewinnung des Materials noch eine weitere Ursache herausgefunden hat, die geeignet ist, im vorliegenden Fall die Erstgeborenen zu stark belastet erscheinen zu lassen.

Es ist dies deren relativ geringe Sterblichkeit. (Hierüber siehe dessen noch unpublizierte Arbeit über Geburtenfolge.) Um so mehr kommt also dem gewonnenen Ergebnis eine Bedeutung im Sinne einer faktischen Mehrbelastung der späteren Kinder mit Dementia praecox zu.

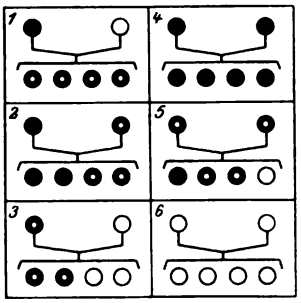
Ohne also unsere Zahlen als Ergebnis einer definitiven Lösung des Problems zu betrachten, sehen wir doch jedenfalls, daß die Ergebnisse von Hansen, Pearson, Goring und Heron lediglich Produkte einer methodisch unhaltbaren Behandlung des Problems darstellen und das Ergebnis in einer entgegengesetzten Richtung liegen dürfte[1]). In Wirklichkeit liegt also eine ungünstige Sachlage für die Letztgeborenen vor, und wir dürfen daraus auf eine zur Vererbung hinzutretende Wirkung von Faktoren schließen, welche mit Vererbung an und für sich nichts, wohl aber mit „Milieu" zu tun haben, d. h. mit einer Keimschädigung oder mit einer Schädigung des Individuums selbst.

7. Kapitel.

Die Frage der Dominanz und Rezessivität der Anlage zu Dementia praecox.

Wir haben S. 51 und folgende, S. 65 und folgende und S. 79 und folgende gesehen, daß wichtige Gründe für die Annahme sprechen, daß es sich bei der Anlage zu Dementia praecox um eine rezessiv gehende Anomalie handelt. Allein es fehlt uns der letzte und beste Prüfstein dieser Annahme, das Experiment, und wenn auch zuzugeben ist, daß mit unserer Annahme die Phänomene ihre einfachste Erklärung finden, so wird es doch gut sein, auch andere Möglichkeiten bis zu Ende zu denken, um so mehr, als ja einerseits die Gesetze der Wahrscheinlichkeit, nach denen die Erbqualitäten sich mit einer gewissen Launenhaftigkeit verbinden, andererseits die mögliche Existenz von Faktoren, welche das Manifestwerden von bestimmten Erbqualitäten bedingen, den rezessiven und dominanten Erbgang einander im äußeren Effekt ganz außerordentlich anzunähern vermögen.

Fig. 45.
Vererbungsproportionen bei Dominanz der Anomalie.



● Krank, dominant homozygot.
◉ Krank, dominant heterozygot.
○ Gesund, rezessiv homozygot.

Stellen wir uns daher das Verhalten der Vererbungsproportionen auch unter Annahme einer Dominanz der Anomalie vor Augen (s. Fig. 45, S. 103), so erkennen wir sofort, daß gleich drei Möglichkeiten der Verifizierung unserer Annahme an unserem Material wegfallen, d. h. nämlich: Nr. 2, 4 und 5, weil in allen 3 Fällen vorausgesetzt

[1]) Die Kritik Weinbergs an den Ergebnissen der genannten Autoren ist inzwischen auch von Greenwood und Yule als berechtigt anerkannt worden. (On the determination of size of family etc. Journ. of the Roy. Stat. Soc. 77, P. 1. London 1914.)

ist, daß beide Eltern die Anomalien manifest zeigen. Solche Fälle mit dazugehörigen groß gewordenen Kindern besitze ich aber leider, wie schon oft erwähnt, keine. Auch Nr. 1 läßt sich an meinem Material infolge der oft geringen Kinderzahl der Eltern von Dementia praecox-Kranken schwer verifizieren. Die Tatsache aber, daß von Dementia praecox-kranken Eltern neben kranken Kindern nicht nur auch gesunde vorkommen, sondern daß sogar von Dementia praecox-kranken Eltern weitaus der größte Teil der Kinder gesund bleibt, d. h. jedenfalls bisher nicht an Dementia praecox erkrankt ist, spricht mit großer Sicherheit gegen das Vorkommen dieser Art von Erbkombination.

Die Fälle, die diesen Sachverhalt illustrieren, sind in Tabelle 46, S. 105 zusammengestellt.

Es geht daraus hervor (Tabelle 46), daß 20 alte Eglfinger Dementia praecox-Kranke 81 Kinder hatten.

Von 6 Kindern, die im Alter zwischen 17 und 40 starben, war eines „nervenleidend".

Von 4 Kindern, die im Alter zwischen 17 und 40 noch leben, „spinnt" eines, kann aber auch ein bloßer Psychopath sein.

Von 6 Kindern, die nach dem 40. Altersjahr starben, starb eines an seniler Gehirnerweichung und 2 andere waren im Alter „nicht ganz richtig".

Und von 29 Kindern, die im Alter nach 40 noch leben, sind 2 Dementia praecox-krank, die übrigen Dementia praecox-frei.

Berechnen wir aus diesen Ziffern nach dem S. 51 angegebenen abgekürzten Verfahren das in der Nachkommenschaft auftretende Prozentverhältnis von Dementia praecox, anderen Psychosen (1 „spinnend", 1 „senile Gehirnerweichung", 2 „nicht ganz richtig") und Psychosen überhaupt, so erhalten wir

$$\text{Bezugsgesamtheit } 0 + \frac{6}{2} + 0 + \frac{4}{2} + (6 + 2) + 29 = 42$$

Also 42 : 2 Dementia praecox = 4,76%,
42 : 4 andere Psychosen = 9,52%,
42 : 6 Psychosen überhaupt = 14,28%[1]).

Also Ziffern, die hinsichtlich der Dementia praecox etwa mit dem Ergebnis bei den DR × DR-Kreuzungen, hinsichtlich der anderen Psychosen ungefähr mit denen der RR × DR-Kreuzungen übereinstimmen. Sollten die Ziffern eigentlich auch durchgehends kleiner sein als die bei RR × DR-Kreuzung erhaltenen, weil anzunehmen ist, daß unter den Partnern der Dementia praecox-Kranken viele DD-Individuen sein werden, so dürfen doch allzustrenge Vergleiche bei an und für sich so kleinen Ziffern nicht angestellt werden, um so weniger, als ja auch die für die RR × DR-Kreuzungen erhaltenen Ziffern (s. Tabelle 24, S. 63: 6,18% Dementia praecox, 10,30% andere Psychosen, 16,49% Psychosen überhaupt) im Vergleich zu den bei den DR × DR-Kreuzungen erhaltenen (S. 50 und S. 51: 4,48% Dementia praecox und 4,12% Anderen Psychosen) als zu klein ausgefallen betrachtet werden dürfen.

Auf alle Fälle sind die an einem ziemlich abgelaufenen Material gewonnenen Ziffern im Verhältnis zu den auf S. 103 im Schema Feld 1 (100% Dementia

[1]) Eventuell, wenn wir annehmen, daß der eine „Spinnende" auch eine Dementia praecox war, erhalten wir die respektiven Ziffern 7,14—7,14—14,28.

Tabelle 46 (zu Seite 104).

Kinder von alten Eglfinger-Probanden,

welche nur nach Sicherheit der Diagnose, nicht nach Vorhandensein oder Fehlen von Belastung ausgelesen sind.

Nr.	Aktennummer des Probanden	Gesamte Geburtensumme inklusive Totgeburten und Frühgeburten. Summe der		Gestorben		Lebend		Gestorben		Lebend	Bemerkungen
		Geburten überhaupt	Tot- u. Frühgeb.	vor d. Beginne der Dementia praecox, also vor dem erreichten 17. Lebensjahr	in der Periode des Ausbruchs der Dementia praecox, also zwischen 17—40	Vor d. Alter d. Beginns d. Dementia praecox, also vor d. vollendet. 17. Jahr	In der Periode des Ausbruchs, also zwisch. 17—40	Nach d. spätest. Beginn d. Dem. praec. u. nicht Dement. praec. krank geworden	fraglich?	Nach d. spätest. Beginn d. Dem. praec. u. nicht Dement. praec. krank geworden	
1	1006	3	0	2	0	0	0	0	0	1	Keines krank
2	44	6	0	5	0	0	0	0	0	1	Keines krank
3	1007	6	0	1	0	0	0	3*	2	0	***davon 1† an seniler Gehirnerweichung u. 2 nicht ganz richtig**
4	1008	1	0	0	1	0	0	0	0	0	Keines krank
5	1009	4	0	2	0	0	0	1	0	1	Keines krank
6	139	2	0	0	1	0	0	0	0	1	Keines krank
7	870	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Keines krank
8	1010	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Keines krank
9	200	1	0	0	0	0	1*[1]	0	0	0	*[1] „spinnt“, lebt
10	215	8	0	7	0	0	0	0	0	1	Keines krank
11	1011	6	0	3	0	0	0	2	0	1	Keines krank
12	908	8	0	3	0	0	0	0	0	5*[2]	***[2] davon 1 Dement. praec., lebt**
13	284	7	0	3	1	0	3	0	0	0	Keines krank
14	1012	2	0	2	0	0	0	0	0	0	Keines krank
15	1013	4	0	0	2	0	0	0	0	2	Keines krank
16	1014	4	0	4	0	0	0	0	0	0	Keines krank
17	353	2	0	1	0	0	0	0	0	1	Keines krank
18	1015	8	0	1	0	0	0	0	0	7*[3]	***[3] davon 1 Dement. praec., lebt**
19	1016	5	0	0	0	0	0	0	0	5	
20	464	2	0	0	1*[4]	0	0	0	0	1	*[4] 1(†) Nervenleiden im 33 Jahr
Zahl der Fälle 20		81	0	34	6 davon 1 Nervenleiden	0	4 davon 1 spinnend	6 davon 1 † an seniler Gehirnerweich. u. 2 nicht ganz richtig	2	29 davon 2 Dementia praecox	

praecox-kranke Kinder) und Feld 3 (50% Dementia praecox-kranke Kinder) geforderten Proportionen so klein, daß wohl der Gedanke an eine Dominanz der Dementia praecox auch hier durchaus von der Hand zu weisen ist.

Zur weiteren Verifizierung ist noch zu sagen: Feld 3 der Fig. 45 stimmt hinsichtlich des äußeren Aussehens der beteiligten Individuen überein mit Feld 2 der Fig. 1, S. 4 dieser Arbeit, rezessives Schema. Die vergleichsweise Betrachtung des Vorkommens dieser Proportionen vermag uns daher keine Unterscheidungskriterien dafür zu liefern, ob die Anomalie rezessiv oder dominant geht. Auch ist, wie wir eben gesehen, aus statistischen Berechnungen an so kleinem Material eine Entscheidung der Frage nicht zu verlangen.

Dagegen spricht bei der Dementia praecox gegen den Mechanismus der Vererbung nach dem dominanten Modus von Feld 3 auf Fig. 45 der Umstand, daß eine kontinuierliche Vererbung der Krankheit über zwei Generationen hinaus so ganz außerordentlich selten ist, ja mit Sicherheit, soweit ich weiß, nicht beobachtet, wenigstens in der Literatur nicht mitgeteilt worden ist, was doch bei dominantem Erbgang nicht so außerordentlich selten sein dürfte, wenn auch zuzugeben ist, daß diese Tatsache auch, zum Teil wenigstens, darauf beruhen könnte, daß die Dementia praecox-kranken Kinder Dementia praecox-kranker Eltern gewöhnlich, d. h. nach dem Material, das uns bisher zur Verfügung steht und wie dies die allgemeine Beginns-Variationskurve verlangt, in der Majorität der Fälle so früh schon erkranken, daß sie zur Familiengründung überhaupt nicht gelangen.

Immerhin sind in der Natur unter der ungeheuren Menge der Dementia praecox-Erkrankungen die Fälle mit späterem, d. h. mit einem die Familiengründung noch zulassenden Beginne doch nicht so selten, daß nicht anzunehmen wäre, daß die Dementia praecox nicht öfter in mehr als zwei Generationen ununterbrochen in direkter Linie zu finden sein müßte.

Es ist andererseits zu bedenken, daß die für dominante Anomalien gewöhnliche Regel für eine Familie: „einmal frei von der Anomalie, immer frei" in einer außerordentlich großen Zahl von Dementia praecox-Familien nicht stichhält, weil hier die kollaterale Vererbung ganz offenbar vorherrscht.

Das wichtigste Argument gegen die Annahme der Dominanz bei Dementia praecox aber geht meiner Ansicht nach aus einer Betrachtung von Feld 6 der Fig. 45 und aus dem Vergleich derselben mit der rezessiven Kombination Feld 5 in Fig. 1, S. 4 hervor.

Im dominanten Schema Feld 6, Fig. 45, wo beide Eltern nicht krank sind, können keine kranken Kinder geboren werden. Und doch ist gerade der häufigste Fall bei der Dementia praecox der, daß Dementia praecox-freie Eltern Dementia praecox-kranke Kinder, wenn auch oft genug nur eines, besitzen, von welchem Sachverhalt eben das rezessive Schema Feld 5 der Fig. 1, der für die Annahme eines einfachen antagonistischen Merkmalspaares typische, d. h. durchschnittliche Ausdruck ist.

Finden wir aber, wie dies tatsächlich der Fall, anstatt durchschnittlich $^1/_4$ durchschnittlich, wie wir gesehen, nicht einmal $^1/_{16}$ in diesen Fällen, so wird uns die Annahme einer Dominanz noch weit schwerer gemacht.

Das ganz überwiegend häufige Vorkommen des Abreißens, sit venia verbo, der typischen Anomalie in der direkten Linie einerseits, und das plötzliche Auftauchen derselben in der Deszendenz aus anscheinend völliger Gesundheit oder

zumindest aus einem Dementia praecox-freien Zustand der unmittelbaren Aszendenz andererseits, das ist es ja gerade, was, im Gegensatz zum alltäglichen, jedenfalls sehr häufigen Verhalten bei dominant gehenden Anomalien, in den Dementia praecox-Familien immer und immer wiederkehrt.

Allein, wenn beim Vermissen der auch äußerlich zum Vorschein kommenden großen Regelmäßigkeit, nach der sich die dominant gehenden Anomalien gewöhnlich vererben, das Walten einer Dominanz an Wahrscheinlichkeit verliert, so ist sie damit doch nicht apriori auszuschließen, da sie ja in ihrer Wirksamkeit in ihrem Manifestwerden durch diese oder jene Momente gestört werden kann.

Ist eine Krankheit in ihrem Ausbruch z. B. an ein etwas späteres Alter gebunden, so kann ja immerhin durch diesen Umstand eine Diskontinuität auch bei einer dominanten Vererbung zustande kommen, wenn ein Glied in der Kette der Erbträger vor Ausbruch der Krankheit stirbt. Äußerlich ist dann die Kontinuität der Vererbung unterbrochen. In Wirklichkeit wäre sie als kontinuierlich zu bezeichnen, wenn das betreffende Glied nur länger gelebt hätte, da es die Krankheit noch in späterem Alter hätte akquirieren können, wenn es länger gelebt hätte. Eine solche Erklärung der Unterbrechung der Kontinuität mag bei selteneren Krankheiten zulässig sein, für die uns nur vereinzelte und den Zufälligkeiten einer verfrühten Sterblichkeit unterworfene Stammbäume zur Verfügung stehen. Bei unserer Krankheit aber ist das anders, und die zahlreichen Stammbäume, die wir besitzen, zeigen, daß die Unterbrechung der Kontinuität der Vererbung nicht darin liegen kann, daß die Erbträger abgestorben sind, bevor sich bei ihnen die Anlage zur Krankheit offensichtlich entwickeln konnte.

Allein, es ist noch eine andere Erklärung für die Unterbrechung der Kontinuität der dominanten Vererbung denkbar.

Einmal könnte sich die Erscheinung durch das Phänomen der unvollkommenen Dominanz erklären, das darin besteht, daß die dominanten Heterozygoten (DR) gegen die Regel äußerlich nicht aussehen wie rein homozygote Dominante (DD), sondern wie rezessive Homozygote, also Fälle, wo das dominante Merkmal, gegen die Erwartung der Zusammensetzung des Keimes, aus dem es hervorgegangen ist, mehr oder weniger latent geblieben ist.

Bekannt ist ja das Verhalten der Heterozygoten beim Zea-Typus der Vererbung (so genannt, weil er bei Mais Zea vorkommt), wo die Produkte der Kreuzung aus DD × RR nicht das reine Aussehen der DD-Individuen haben, sondern ein intermediäres zwischen D und R.

Das Zurücktreten der dominanten Eigenschaft kann nun aber noch weiter gehen als bis zur mittleren Ausprägung zwischen D und R, und das D-Merkmal kann sich in diesen Nachkommen äußerlich so abschwächen, daß nichts oder fast nichts mehr von ihm wahrzunehmen ist. Wir können so in dieser Generation alle Abstufungen der äußeren Ausprägung von voller D-Ausprägung bis zu Null, bis zum Fehlen jeder D-Nuance vor uns haben. Es läßt sich dann eine scharfe Grenze zwischen dem Zea-Typus und dem Typus der unvollkommenen Dominanz überhaupt nicht ziehen.

Es scheint aber Plate (S. 106) praktisch zu sein, und darin muß ich ihm beipflichten, nur solche Fälle als unvollkommen dominant zu bezeichnen, bei denen die eben beschriebene Variabilität der Heterozygoten so auffällig ist, daß in der Bastard-Generation reine R- und D-Individuen und alle Übergänge zwischen ihnen vorkommen.

Haben aber alle Heterozygoten intermediären Anstrich, so würde ein Zea-Typus vorliegen, und haben alle Individuen den R-Anstrich, so wird wohl praktisch im allgemeinen kaum eine Berechtigung hergeleitet werden können, hier von einer unvollkommenen Dominanz zu sprechen. Denn das wäre eben dann für die betreffende Generation eine völlig fehlende Dominanz.

Immerhin ist auch, wie Plate S. 111/112 an den Davenportschen Brahmas und Seidenhühnern zeigt, dieser Fall denkbar, und wir müssen also mit der eigenartigen Möglichkeit immerhin entfernt rechnen, daß ein dominantes Merkmal (nehmen wir als Beispiel also hypothetischer Weise die Dementia praecox) von so geringer „Potenz" oder Durchschlagskraft sein kann, daß fast alle Produkte der Kreuzung nicht den dominanten (hier also angenommen Dementia praecox-), sondern den rezessiven (also angenommen Dementia praecox-freien) Charakter besitzen.

Allein dieser Fall ist doch wohl ein verhältnismäßig seltener in der Natur. Bei der Dementia praecox dagegen kommt es recht häufig, ja wohl in der Mehrzahl der Fälle vor, daß kein einziger Nachkomme eines Dementia praecox-Kranken die Merkmale der Dementia praecox besitzt. Und hier überall eine fehlende Durchschlagskraft der Dominanz des kranken Elternteils anzunehmen, erscheint doch gezwungen, wenn man mit der Annahme der Rezessivität der Anomalie die Erscheinungen leichter zu erklären vermag. Indessen ist zuzugeben, daß, so lange ein großes Material fehlt, der Zufall ja auch häufig mehrmals nacheinander zu einer Kombination der gesunden Erbelemente führen kann, wie im nebenstehenden Schema angedeutet ist , da ja bei dem Walten einer starken Panmixie anzunehmen ist, daß die überwiegende Zahl der dominant aussehenden Individuen Heterozygote (keine dominanten Homozygoten [●]) sein werden, also bei Verbindung mit Gesund und bei günstigem Zufall mehrmals nacheinander Verbindungen der Anlagen zu Gesund untereinander herbeiführen können.

Es wird einer weiteren Materialsammlung vorbehalten bleiben, auf dem Wege der Statistik im Lichte der Proportionsberechnung auch diese Frage einer definitiven Entscheidung zuzuführen.

Eine fehlende Durchschlagskraft der vermutungsweise als dominant betrachteten Anlage zu Dementia praecox muß aber von vornherein zurzeit als nicht sehr wahrscheinlich betrachtet werden.

Die Erscheinung, daß so oft die Vererbung der Dementia praecox in der direkten Linie abreißt, könnte aber noch eine andere Erklärung haben.

Es könnte möglich sein, daß durch irgendeinen günstigen Einfluß die krankhafte Anlage bei den äußerlich gesund aussehenden Individuen einer Familie nicht zur Entfaltung gekommen ist.

Ein solcher Einfluß könnte (Plate, S. 335) „rein somatischer Natur sein, oder es könnte irgend ein anderer Erbfaktor die Anlage verdeckt haben (Epistase)".

Darüber ist folgendes zu sagen:

Von einem solchen bekannten Einfluß somatischer Natur kann in unserem Falle wohl kaum die Rede sein, da beim Ausbruch der Dementia praecox wohl allzu viele und allzu verschiedenartige äußere Einflüsse in Laien- und Ärztekreisen gelegentlich beschuldigt werden, als daß man mit einiger Sicherheit

jetzt schon einem bestimmten Faktor in begründeter Weise einen entscheidenden Einfluß auf die Auslösung der Dementia praecox zuschreiben könnte.

In der überwiegenden Zahl der Fälle haben nur landläufige Einflüsse auf die an Dementia praecox Erkrankenden eingewirkt, und man gewinnt fast stets nach näherer Untersuchung der Fälle die Überzeugung, daß der Ausbruch der Erkrankung tiefer in der Persönlichkeit und Konstitution selbst begründet sei, wofür schon der Umstand spricht, daß mindestens die Hälfte der Kranken als von jeher „anders wie ihre Geschwister und andere Menschen" geschildert werden.

Anders ist es mit der Frage bestellt, ob Erblichkeitseinflüsse, also andere Erbfaktoren, den Ausbruch einer Dementia praecox in ganzen Familien verhindern können.

Diese Frage ist, wie Plate mit Recht hervorhebt, besonders da berechtigt, wo es sich um im ganzen kontinuierliche, nur an vereinzelten Stellen unterbrochene Vererbung von an und für sich seltenen Anomalien handelt, die in der Bevölkerung auch in latenter Form als sehr selten bezeichnet werden müssen, weshalb eine Erklärung mittelst Rezessivität erschwert wird, es sei denn, es handle sich um blutsverwandte Verbindungen.

Freilich ist nun die Dementia praecox-Anlage keine sehr seltene Anlage (vgl. dazu die Ausführungen S. 81, bei den Stiefgeschwistern), und eine gewisse Anzahl von Stammbäumen lehrt, wie sie fast überall an dieser oder jener Stelle der betreffenden Sippschaften auftaucht. Die Anlagen dazu müssen also wenigstens unter bestimmten regionären Bedingungen doch ziem ich weit verbreitet und tief in der menschlichen Natur begründet sein, was schon ihr gewiß nicht seltenes Vorkommen bei Naturvölkern, die von Zivilisation samt ihren äußeren Schädigungen wenig oder gar nicht beleckt sind, beweisen dürfte. (Vergleiche die Daten über das relative Vorkommen der Dementia praecox und der Paralyse in meiner Arbeit „Zur Paralysefrage in Algier".)

Allein es wäre immerhin denkbar, daß es auch für die Dementia praecox sogenannte Konditional-Faktoren (Plate, S. 152 und S. 337) gibt, d. h. solche Erbeinheiten, welche vorhanden sein müssen, damit ein Faktor oder mehrere Faktoren eine bestimmte Wirkung (eben die Dementia praecox-Erzeugung) ausüben können.

So ist, wie ich in meiner Arbeit „Einige Wege und Ziele usw.", S. 511 und folgende ausgeführt habe, der Faktor C (Color) d. h. Farbe überhaupt, die Vorbedingung dafür, daß die Pigment-Erregungsfaktoren, die in der Hausmaus enthalten sind, die Farben der verschiedenen Mäuserassen erzeugen können. Fehlt dieser Faktor, so kommt überhaupt keine Farbe zum Vorschein, wenn sie auch latent in den Tieren vorhanden ist.

„Wenn wir ferner beobachten," schreibt Plate, S. 337, „daß die orangegelben Mäuse ganz besonders zur Bildung von Bauchwasser und damit zur Unfruchtbarkeit neigen, so ist es sehr wahrscheinlich, daß der für diese (gelbe) Rasse charakteristische Faktor Y hier die Disposition (zum Bauchwasser) schafft."

„Schimmel sollen nach mehrfachen Angaben leicht an Sarkomen erkranken, was vermuten läßt, daß der für sie charakteristische Faktor G eine solche Neubildung begünstigt.

Man kann also in diesem Zusammenhang die Disposition zu einer Erkrankung auffassen als Abhängigkeit von einem, ev. auch mehreren Erbfaktoren. Durch Anwesenheit eines solchen Faktors wird die Konstitution entweder so verändert, daß exogene Leiden den geeigneten Nährboden finden; oder bei erblichen Krankheiten ist eine solche Erbeinheit die Vorbedingung (der Konditionalfaktor) dafür, daß der Erbfaktor als Krankheit aktiv werden kann." (Plate, S. 337.)

„Ich nehme natürlich nicht an, daß jede Disposition im Sinne dieser Hypothese aufzufassen ist; viele Beobachtungen lehren, daß manche Krankheiten auftreten, wenn durch ungünstige somatische (Alkohol) oder psychische Einflüsse die natürliche Widerstandskraft des Körpers gebrochen ist; und zwar gilt dies sowohl für exogene wie endogene Leiden. In solchen Fällen wird also die Disposition durch äußere Momente geschaffen. In vielen Fällen aber treten die exogenen Krankheiten bei bestimmten Rassen oder auch nur bei einem bestimmten Geschlecht auf, und dann hat man Ursache, anzunehmen, daß die charakteristischen Erbfaktoren der Rasse oder des betreffenden Geschlechts das Auftreten der Krankheit begünstigen, indem sie entweder die Konditionalfaktoren für die pathogenen Determinanten sind, oder bei exogenen Krankheiten durch Beeinflussung des Stoffwechsels. Eine solche determinative oder blastogene Disposition ist natürlich immer erblich. Auf Grund dieser Erwägungen wird man bei der medizinischen Familienforschung eine Erscheinung erwarten dürfen, welche auf dem Gebiete der Tierzucht längst bekannt ist. Es ist bekannt, daß gewisse weiße Hühnerrassen, welche jede für sich rein züchtet, bei ihrer Kreuzung plötzlich farbige Nachkommen erzeugen. Die Pigmentbildung hängt hier von zwei Konditionalfaktoren ab, welche **ursprünglich auf die beiden Rassen verteilt waren,** so daß sie sich nicht äußern konnten.

Ebenso kann eine völlig gesunde Familie einen pathogenen Faktor K in ihrem Keimplasma führen, eine andere, ebenfalls völlig gesunde, kann den zugehörigen Konditionalfaktor C besitzen und bei der Kreuzung dieser beiden Stämme bricht plötzlich das Leiden hervor."

(Vergleiche hierzu meine analogen Ausführungen auf S. 52 und folgende, wo die beiden Faktoren x y die Rolle von Konditionalfaktoren spielen, von denen Plate hier spricht.)

Halten wir uns diese Möglichkeiten vor Augen, so kommen wir immer wieder auf die Konstatierung zurück, daß die Dementia praecox nicht ausnahmsweise unterbrochen sich vererbt, sondern zumeist und daß bei Geschwistern von Dementia praecox nicht diejenigen starken Proportionen die Regel sind, wie wir sie bei klar dominant gehenden Anomalien finden, sondern daß dies Ausnahmen sind.

Dagegen steht der Annahme nichts im Wege, daß die Stämme, in denen Dementia praecox isoliert oder gehäuft entsteht, der Kreuzung mit einem Blute bedürfen, das einen die Dementia praecox erst ermöglichenden Faktor — den Dementia praecox-Ergänzer — mitführt, damit dann Dementia praecox in ihrer Deszendenz wirklich ausbricht.

Damit aber stehen wir eben wiederum auf dem Prinzip des rezessiven Erbganges (vgl. S. 52 und folgende), der ja auch kompliziertere Ergänzungen

zuläßt, ja postuliert, als sie in den Fällen vor sich gehen, wo nur ein einfaches Mendelndes Merkmalspaar in Frage kommt.

Ich habe darüber das Notwendige bereits bei Besprechung der Bedeutung der von mir gefundenen Proportionen, in denen die Dementia praecox auftritt, gesagt (siehe S. 52 und folgende) und will nur nochmals betonen, daß insbesondere auch der Befund der Stiefgeschwister-Untersuchung, sowie der Vermehrung der Dementia praecox in der Deszendenz in dem Maße, als auch andere Psychosen bei den Eltern zunehmen, dafür sprechen, daß die Dementia praecox als ein Produkt von sich offenbar ergänzenden pathogenen Faktoren aus den beiden Ursprungsfamilien, der väterlichen sowohl, als auch der mütterlichen, betrachtet werden muß.

Es ist somit für das Problem der Dominanz mit der Annahme der Wirksamkeit besonderer Konditionalfaktoren als Ursache des Erscheinens bzw. Zurücktretens der Dementia praecox im Laufe der Generationen gegenüber einem Erklärungsversuche auf der Basis der Rezessivität der Störung nichts gewonnen.

Ich darf hier wie gesagt außerdem auf meine Ausführungen im Kapitel der Stiefgeschwister (S. 79 und folgende) verweisen, wo klar die Notwendigkeit des „Ergänzungsvorganges", jene allgemeine Vorbedingung der Rezessivität, für die Entstehung der Dementia praecox dargetan ist.

Dagegen spricht auch nicht eine Betrachtung der Belastungsverhältnisse, wie sie sich z. B. aus der Gruppe der Fälle ergibt, wo Elter und Kind Dementia praecox-krank sind. (Siehe Tabelle 47 S. 112 und Tabelle 48 S. 117.)

Zwar ist interessant, daß in den 16 Fällen, wo der Vater Dementia praecox-krank war (Tabelle 47 und 48), auf der väterlichen Seite noch 4 andere Dementia praecox-Fälle zu finden waren, auf der mütterlichen Seite keine.

Freilich finden sich bei den 36 Fällen mütterlicher Dementia praecox nicht bloß auf Mutters Seite noch 8 weitere Dementia praecox, sondern auch auf Vatersseite 3[1]), immerhin also auch hier auf seiten des Dementia praecox-freien Elters geringere gleichartige Belastung.

Allein die Belastungsunterschiede werden sehr viel geringer, wenn wir auch andere psychotische Zustände als Belastungsfaktoren gelten lassen.

So finden wir auf seiten der väterlichen Dementia praecox 7, der Dementia praecox-freien Mutter 5 andere Psychosen, auf seiten der mütterlichen Dementia praecox und der dazugehörigen Dementia praecox-freien Väter je 20 andere Psychosen.

Es muß auch als sehr wohl möglich bezeichnet werden, daß sich die Unterschiede an einem größeren Material, vor allem aber bei einer gleich strengen und bei einer auf den absolut gleichen Grad der Verwandtschaft und die gleiche relative Summe der Verwandten ausgedehnten Forschung nach gleichartiger und ungleichartiger Belastung noch mehr verwischen, vielleicht ganz aufheben werden.

---

[1]) Dazu kämen noch die seit Abschluß der statistischen Zusammenstellungen eruierten Dementia praecox-Fälle auf seiten des gesunden Elters.

Tabelle 47 (zu S. 111 und folgende).

Zur Frage der Verteilung der kindlichen Belastung in den Familien, wo Elter und Kind Dementia praecox-krank sind (52 Fälle).

Fortlaufende Nr.	Nummer des Dementia praec.-kranken Elters	Vater Dementia praecox-krank	Belastung Dementia praecox elterseits		Belastung von seiten des Dementia praecox-freien Elters		Mutter Dementia praecox-krank	Belastung Dementia praecox elterseits		Belastung von seiten des Dementia praecox-freien Elters	
			Dementia praecox-Belastung väterlicherseits	Andere Belastung väterlicherseits	Dementia praecox-Belastung mütterlicherseits	Andere Belastung mütterlicherseits		Dementia praecox-Belastung mütterlicherseits	Andere Belastung mütterlicherseits	Dementia praecox-Belastung väterlicherseits	Andere Belastung väterlicherseits
1	698						ja	—	—	[3])	[3])
2	768						ja	—	—	—	Vetter Epilepsie, religiöser Wahnsinn
3	752						ja	—	1 Großtante, 1 Großonkel geisteskrank	[1])	1 Großonkel, 1 Großtante, Großvater, 1 Base II. Gr., 1 Base III. Gr.
4	744						ja	—	1 Onkel, 1 Großtante		1 Großonkel, 1 Base II. Gr.
5	770	ja	—	—	—	—					
6	753						ja	—	—	—	1 Vett. Alkohol-Psychose
7	760						ja	—	1 Vetter } II. 1 Base } Gr. Großmutter, 1 Großonkel, 1 Großtante, Urgroßmutter	—	—
8	174						ja	—	—	—	Vater Delir. acutum, 1 Großonkel geisteskrank
9	746						ja	—	1 Großonkel geisteskrank	[2])	[3])

10	816						ja	—	—	—	Vater Paranoide Psychose, 1 Stiefonkel Epilepsie
11	755						ja	1 Tante Dementia praecox	1 Base II. Gr. blöde	—	1 Base II. Gr. Gehirnerweichung, 1 Base II. Gr. Melancholie
12	750	ja	—	—	—	—					
13	759						ja	—	1 Vetter II. Gr. Epilepsie, Urgroßmutter geisteskrank	—	—
14	763	ja	—	—	—	2 Vettern III. Grads geisteskrank					
15	900						ja	—	—	—	—
16	761						ja	—	1 Stiefonk. blöde, Großmutter, Urgroßmutter geisteskrank	—	[4]
17	757						ja	—	1 Base III. Gr. geisteskrank	—	1 Vetter geisteskrank
18	738						ja	2 Onkel, 1 Großtante, 1 Tante, 1 Großonkel, 3 Urgroßonkel, 1 Vett. III. Gr.	1 Großtante, 1 Großonkel geisteskrank	1 Base [5]	1 Großtante, 1 Base II. Gr. geisteskrank [6]
19	350						ja	—	—	[7]	[7]
20	734						ja	—	1 Tante geisteskrank, Großmutter geisteskrank	—	Vater geisteskrank

[1]) Hier haben sich unterdessen noch 2 Fälle von Dementia praecox auf der Seite des gesunden Elters herausgestellt. 1. 1 Großtante, 2. 1 Base III. Grades. [2]) Uneheliche Zeugung des Vaters, dessen ganze Verwandtschaft bisher unbekannt blieb. [3]) Verwandtschaft des gesunden Vaters noch nicht zu eruiren gewesen. [4]) Verwandte des gesunden Vaters überhaupt noch nicht zu eruieren gewesen. [5]) Dazu kam noch eine Dementia praecox-Base. [6]) Dazu kam 1 Stiefbase II. Grades, angeboren idiotisch. [7]) Verwandtschaft des gesunden Vaters noch nicht bekannt.

Tabelle 47 (Fortsetzung).

Fortlaufende Nr.	Nummer des Dementia praec.-kranken Elters	Vater Dementia praecox-krank	Belastung Dementia praecox elterseits		Belastung von seiten des Dementia praecox-freien Elters		Mutter Dementia praecox-krank	Belastung Dementia praecox elterseits		Belastung von seiten des Dementia praecox-freien Elters	
			Dementia praecox-Belastungväterlicherseits	Andere Belastung väterlicherseits	Dementia praecox-Belastung mütterlicherseits	Andere Belastung mütterlicherseits		Dementia praecox-Belastung mütterlicherseits	Andere Belastung mütterlicherseits	Dementia praecox-Belastungväterlicherseits	Andere Belastung väterlicherseits
21	736	ja	—	2 Onkel, Großvater geisteskrank	[8])	[8])					
22	771						ja	—	[9])	—	1 Onkel Epilepsie, 2 Großtanten, 2 Urgroßtanten geisteskrank
23	788	ja	1 Tante Dementia praecox	—	[10])	1 Base geisteskrank					
24	772						ja				1 Tante geisteskrank
25	732	ja	—	1 Base geisteskrank	—	Großmutter geisteskrank					
26	765	ja	—	1 Base	[11])	[11])					
27	743						ja	—	1 Tante Hysterie		1 Tante Epilepsie
28	740						ja	—	1 Base geisteskrank	1 Base Dementia praecox	1 Vetter Morphinist mit Halluzinationen, 1 Onkel, Großvater, 1 Base III. Gr. geisteskrank
29	748	ja	2 Tanten Dementia praecox	Großmutter, 2 Bas. III.Gr. 1 Stiefvetter III. Grades geisteskrank	—	—					

30	766	ja	—	—	—	1 Vett. IV Gr. Melancholie 1 Vett. IV Gr., Urgroßvater geisteskrank					
31	764						ja	—	Großmutter senile Demenz	—	Vater geisteskrank, Urgroßmutter senile Demenz
32	754						ja	1 Base II. Gr. Dementia praecox	Großvater geisteskrank, Urgroßmutter geisteskrank	Großmutter Dementin praecox	—
33	749						ja	2 Vettern II. Gr. Dementia praec., 1 Großonkel Dementia praec.	1 Großtante geisteskrank, 1 Base II. Gr geisteskrank	—	[12]
34	735	ja	—	—	—	Mutter Melancholie					
35	756	ja	—	—	—	—					
36	901						ja				Vater Epilepsie
37	742	ja	1 Onkel, 1 Tante Dementia praecox	1 Onkel geisteskrank	—	—					
38	733						ja				Vater Schwermut
39	737						ja	—	—	[13]	[13]
40	758						ja	—	—	—	—
41	745	ja	—	—	—	—					
42	424						ja	2 Vettern III. Gr. Dementia praecox, 2 Basen II. Gr. Dementia praecox	1 Vetter II. Gr. geisteskrank, 2 Basen manisch-depressiv, 1 Vetter III. Gr., 1 Base II. „ geisteskrank	[14]	[14]

[8]) Verwandte der gesunden Mutter fast gar nicht bekannt. [9]) 1 Base III. Grades geisteskrank. [10]) Nebenstehende geisteskranke Base hat sich als Dementia praecox herausgestellt. [11]) Verwandtschaft der Dementia praecox-freien Mutter fast gar nicht bekannt. [12]) Dazu 1 Tante schwere Hysterie. [13]) Verwandtschaft des gesunden Vaters ganz mangelhaft erforscht. [14]) Verwandtschaft des gesunden Vaters noch gar nicht bekannt.

Tabelle 47 (Fortsetzung).

Fortlaufende Nr.	Nummer des Dementia praec.-kranken Elters	Vater Dementia praecox-krank	Belastung Dementia praecox elterseits		Belastung von seiten des Dementia praecox-freien Elters		Mutter Dementia praecox-krank	Belastung Dementia praecox elterseits		Belastung von seiten des Dementia praecox-freien Elters	
			Dementia praecox-Belastung väterlicherseits	Andere Belastung väterlicherseits	Dementia praecox-Belastung mütterlicherseits	Andere Belastung mütterlicherseits		Dementia praecox-Belastung mütterlicherseits	Andere Belastung mütterlicherseits	Dementia praecox-Belastung väterlicherseits	Andere Belastung väterlicherseits
43	859						ja	1 Base II. Gr. Dementia praec.	1 Tante geisteskrank		
44	875						ja	—	1 Tante Epilepsie	[15])	[15])
45	762						ja	1 Tante Dementia praecox			1 Tante Manie
46	769						ja	—	—	—	—
47	741	ja	—	Großvater geisteskrank, Urgroßvater geisteskrank	—	—					
48	767						ja			[16])	1 Vetter geisteskrank[16])
49	799	ja	—	—	[17])	[17])					
50	747						ja	—	1 Onkel Paranoid 1 Vetter II. Gr. schwere Psychopathie	[18])	[18])
51	751	ja	1 Vetter Dementia praecox	—	[19])	2 Onkel geisteskrank, 1 Base und 1 Vetter geisteskrank					
52	737						ja	1 Tante Dementia praec., 1 Vetter IV. Gr. Dementia praecox	Großvater, Großmutter, 1 Vetter III. Gr., 1 Base III. Gr. geisteskrank		Vater arteriosklerotische Geistesstörung[20])

[15]) Vaters-Seite ungenügend bekannt. [16]) Gesunde Elternseite fast ganz unbekannt. [17]) Gesunde Elternseite fast ganz unbekannt.
[18]) Gesunde Elternseite ganz unbekannt. [19]) Hier ist höchstwahrscheinlich auch noch Dementia praecox-Belastung im engeren Sinne vorhanden.
[20]) Diese Vaterseite ist sonst noch ganz ungenügend bekannt.

Tabelle 48 (zu S. 111 folg.).

Zahl der Fälle, in denen der Vater des Dementia praecox-Kindes selbst Dementia praecox-krank ist	Belastung krankerseits von seiten des Vaters, mehrere Faktoren zählen dabei nur 1 mal			Belastung gesunderseits von seiten der Mutter		
	Dementia praecox-Belastung	Belastung durch andere Psychosen	also bisher überhaupt keine Belastung vermerkt	Dementia praecox-Belastung	Belastung durch andere Psychosen	also bisher überhaupt keine Belastung vermerkt
16	4	7	5	0	5	11
	11			5		

Zahl der Fälle, in denen die Mutter des Dementia praecox-Kindes selbst Dementia praecox-krank ist	Belastung krankerseits von seiten der Mutter, mehrere Faktoren zählen dabei nur 1 mal			Belastung gesunderseits von seiten des Vaters		
	Dementia praecox-Belastung	Belastung durch andere Psychosen	also bisher überhaupt keine Belastung vermerkt	Dementia praecox-Belastung	Belastung durch andere Psychosen	also bisher überhaupt keine Belastung vermerkt
36	8	20	8	3	20	13
	28			23		

Diese wichtigen anschaulichen Belastungs-Vorbedingungen einer schlüssigen Vergleichsmöglichkeit sollen in Zukunft noch beschafft werden.

Der strenge Maßstab konnte heute an das verhältnismäßig kleine und immer noch in Vervollkommnung begriffene Material noch nicht angelegt werden.

Auch für die Dementia praecox-Geschwister-Serien, wo beide Eltern Dementia praecox-frei sind, soll die beiderseitige Belastung später noch genauer in Vergleich gezogen werden, nachdem die Intensität der Belastungserforschung beider elterlichen Seiten eine gleichstarke geworden und nachdem der Kreis und Grad der Verwandtschaft, innerhalb deren eine gefundene Belastung als solche zählen soll, für beide elterliche Seiten in gleich einheitlicher Weise abgesteckt ist.

8. Kapitel.

Dementia praecox und Geschlecht.

Eine einseitige Vorliebe der Dementia praecox für ein bestimmtes Geschlecht, etwa wie der Bluterkrankheit für die Männer, besteht nicht[1]).

[1]) Vgl. dazu Jolly, S. 202/203, der, allerdings an Hand eines kleineren Materials, ein nur geringfügiges Überwiegen des männlichen Geschlechts für Dementia praecox findet (44 männliche, 40 weibliche Dementia praecox).

Das ergibt sich ohne weiteres aus einer Gegenüberstellung der Zahlen der männlichen und weiblichen Dementia praecox-Kranken (Tabelle 49, S. 118).

Tabelle 49 (zu S. 118).

Tabelle über die vergleichsweise Häufigkeit männlicher und weiblicher Dementia praecox-Fälle.

Aufnahmen von Dementia praecox-Kranken in die Psychiatrische Klinik München. (Nach den Jahresberichten der Klinik.)

	männlich	weiblich	d. h. die weiblichen Kranken in Prozenten der männlichen	oder ein Verhältnis von männlichen zu weiblichen Kranken wie
1905	100	123		
1906	93	83		
1907	87	47		
1908	57	41		
1909	61	35		
Geschlechtsverhältnisse der Klinik-Aufnahmen 1905—1909	398	329	82,6	120,9 : 100 männl. weibl.
Geschlechtsverhältnisse der nach diagnostischer Sicherheit getroffenen Auswahl meiner Dementia praecox-Fälle	345	267	77,3	129,2 : 100 männl. weibl.

Wir ersehen daraus, daß etwas mehr männliche Kranke vorhanden sind, als dem Geschlechtsverhältnis von ca. 106 männlichen zu 100 weiblichen Individuen bei der Geburt in der breiten Bevölkerung entspricht.

Dieses Verhältnis zugunsten der männlichen Kranken ist in den Fällen meiner Auswahl sogar noch etwas ausgesprochener, was daher kommen dürfte, daß im allgemeinen beim männlichen Geschlecht die Diagnose schneller und mit größerer Sicherheit gestellt werden kann als beim weiblichen Geschlecht, wo die Abgrenzung gegen Hysterie, manisch-depressives Irresein und Psychosen des Generations-Geschäftes oft große Schwierigkeiten bereitet. Die Auswahl meiner Fälle geschah aber eben lediglich nach möglichster Sicherheit der Diagnose.

Was die größere Häufigkeit der Dementia praecox-Erkrankung beim männlichen Geschlecht überhaupt anbetrifft, so ist deren Ursache noch nicht klar. Sie könnte in Beziehung zur allgemein größeren Morbidität und Mortalität des männlichen Geschlechts in fast allen Lebensabschnitten der intra- und extrauterinen Ontogenese stehen.

Allein ganz sicher steht nicht einmal eine so große Mehrbeteiligung des männlichen Geschlechts, wie sie in den Ziffern der Tabelle 49, S. 118 zum Ausdruck kommt, fest. Denn es handelt sich hier um hospitalisierte Kranke, die kein getreues Spiegelbild des Geschlechtsverhältnisses der Kranken in der freien Bevölkerung darzustellen brauchen.

Im Gegenteil wird man annehmen dürfen, daß die an das Geschlecht gebundenen sozialen Begleitumstände auch zu Differenzen der Anstaltsbedürftigkeit führen werden. So werden die Männer, deren Lebensbeziehungen reicher, differenzierter und verantwortungsvoller sind als die des weiblichen Geschlechts, im allgemeinen im Erkrankungsfalle eher draußen unmöglich und daher in die Anstalten gebracht werden.

Vielleicht bedingen die beiden genannten Faktoren, die höhere Morbidität des männlichen Geschlechts überhaupt und seine größere Versorgungsbedürftigkeit, das Überwiegen der männlichen Dementia praecox-Kranken in der Hauptsache. (Vergleiche dazu jedoch die späteren Ausführungen, S. 122, Ausschaltung einer ev. auslesenden Wirkung der Hospitalisierung.)

Von größerer wissenschaftlicher Bedeutung ist die Frage, ob das Geschlechtsverhältnis in der engeren Familie, also unter den Geschwistern der Dementia praecox-Kranken überhaupt ein von der Norm abweichendes ist.

Denn es könnte dies als Zeichen dafür gedeutet werden, daß entartende Momente bei den Eltern der Dementia praecox-Kranken wirksam sind, die auf der einen Seite zu einer Verschiebung des Geschlechtsverhältnisses, auf der anderen zur Erzeugung von Dementia praecox geführt haben könnten.

Die statistischen Aufstellungen Fahlbecks über eine progressive Abnahme des Knabenüberschusses bis zur starken Umkehrung des Sexualverhältnisses, welche freilich unterdessen von Weinberg als Phänomen der Fortpflanzungs-Auslese aufgedeckt wurden, die mit Degeneration nichts zu tun haben, konnten diesen Gedanken nahe legen.

Ein Vergleich des Sexualverhältnisses in der Eltern-Generation meiner Dementia praecox-Kranken mit demjenigen in der engeren Familie (Geschwister) der Dementia praecox-Kranken selbst müßte die Frage entscheiden. Leider ist eine genealogische Vollständigkeit der Eltern-Generation besonders hinsichtlich der klein Gestorbenen und Totgeborenen nur sehr langsam und mühsam zu erreichen, weshalb der Vergleich in dieser Form zurzeit noch nicht gemacht werden kann.

Dagegen kann das Geschlechtsverhältnis der Geschwister unserer Dementia praecox-Kranken untersucht werden. Ist es auf der Norm oder ihr stark angenähert, so ist die Annahme, daß in unseren Familien etwa degenerative Ursachen Abänderungen im normalen Geschlechtsverhältnis mit sich führen würden, im höchsten Maße unwahrscheinlich, ja wohl ganz von der Hand zu weisen.

In Tabelle 50, S. 120 sind die Ziffern für das Geschlecht in den Familien meiner Fälle zusammengestellt.

Es geht daraus hervor, daß wir im Geschlechtsverhältnis, das wir bei den Geschwistern unserer Probanden vorfinden, also jedenfalls keine wesentliche Störung anzunehmen gezwungen sind, da der gefundene Knabenüberschuß von **104,1** sich der aus sehr großen Ziffern gewonnenen Norm (105—106)[1] stark nähert und sich ihr bei einer Vermehrung des Materials, das bisher erst **2176** männliche und **2090** weibliche Geschwister von Probanden aufweist, sehr wahrscheinlich noch weiter nähern wird.

---

[1]) Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie 1907, S. 391. Verhältnis der lebend geborenen Knaben (nach Nichols)

Vereinigte Staaten	105,9
Europa	105,7

Mittel bei weißen Völkern zwischen 105,3 und 105,9.

Tabelle 50 (zu S. 119).

			a		Davon (von a) sind andere Psychosen		Davon (von a) sind Sekundär-Fälle		Davon sind die anderen Probanden		Davon (von a) sind gestorben								Lebend							
											0—17		17—40		nach 40		unbekannt		0—17		17—40		nach 40		unbekannt	
			männl. Geschwist.	weibl. Geschwist.	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Eglfinger-Fälle	1.	männliche Probanden	14	45	48	2	2	—	—	—	—	13	21	4	2	9	1	—	3	—	—	—	—	17	19	—	—
	2.	weibliche Probanden	19	41	38	3	1	—	—	—	—	9	13	7	3	12	6	—	2	—	—	—	1	9	13	—	—
	3.	männliche + weibl. Proband.	33	86	86	5	3	—	—	—	—	22	34	11	5	21	7	—	5	—	—	—	1	26	32	—	—
Klinik-Fälle mit 1 Probanden	4.	männliche Probanden	345	1037	1006	18	16	—	—	—	—	434	366	31	21	5	7	2	1	39	47	418	457	89	91	1	—
	5.	weibliche Probanden	267	745	745 [1]	11	15	—	—	—	—	265	256 [2]	19	33	8	3	—	—	57	47	287	299	98	92	—	—
	6.	männliche + weibl. Proband.	612	1782	1751 [1]	29	31	—	—	—	—	699	622 [2]	50	54	13	10	2	1	96	94	705	756	187	183	1	—
	7.	Summe v. 3 + 6	645	1868	1837 [1]	34	34	—	—	—	—	721	656 [2]	61	59	34	17	2	6	96	94	705	757	213	215	1	—
Klinik-Fälle mit 1 Probanden + 1 Sekundär-Fall	8.	männliche Probanden	21	75	64	2	3	13	8	—	—	13	13	5	2	1	1	2	4	2	1	23	23	14	19	—	—
	9.	weibliche Probanden	12	56	42	5	2	7	5	—	—	23	11	2	2	—	2	—	—	1	1	11	14	7	5	—	—
	10.	männliche + weibl. Proband.	33	131	106	7	5	20	13	—	—	36	24	7	4	1	3	2	4	3	2	34	37	21	14	—	—
Klinik-Fälle mit 1 Proband + 2 Sekundär-Fällen	11	männliche Probanden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	12.	weibliche Probanden	1	6	5	—	—	2	—	—	—	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—
	13.	männliche + weibl. Proband.	1	6	5	—	—	2	—	—	—	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—

Klinik-Fälle mit 1 Proband + 3 Sekundär-Fälle	14.	männliche Probanden	1	5	3	—	—	2	1	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
	15.	weibliche Probanden	2	12	10	—	—	5	1	—	—	3	2	1	2	—	—	—	1	—	—	1	3	2	1	—	—
	16.	männliche + weibl. Proband.	3	17	13	—	—	7	2	—	—	6	2	1	2	—	—	—	1	—	—	1	3	2	3	—	—
Klinik-Fälle mit 2 Probanden	17.	männliche Probanden	20	76	46	—	—	—	—	14	6	37	18	—	1	—	—	—	—	2	2	20	18	3	1	—	—
	18.	weibliche Probanden	16	64	64 [3]	—	—	—	—	6	10	19	26 [4]	—	1	2	2	—	—	4	2	26	12	7	11	—	—
	19.	männliche + weibl. Proband.	36	140	110 [3]	—	—	—	—	20	16	56	44 [4]	—	2	2	2	—	—	6	4	46	30	10	12	—	—
Klinik-Fälle mit 3 Probanden	20.	männliche Probanden	1	4	7	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	1	—	—
	21.	weibliche Probanden	2	10	12	—	—	—	—	2	2	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2	—	2	—	—
	22.	männliche + weibl. Proband.	3	14	19	—	—	—	—	2	4	3	9	—	—	—	—	—	—	—	—	9	3	—	3	—	—
	23.	10 + 13 + 16 + 19 + 22	76	308	253 [3]	7	5	29	15	22	20	103	81 [4]	8	9	3	5	2	5	9	6	91	74	34	33	—	—
		7 + 23	721	2176	2090 [5]	41	39	29	15	22	20	824	737 [6]	69	68	37	22	4	11	105	100	796	831	247	248	1	—
			♂+♀	♀		♂		♂		♀		♂		♂		♂		♀		♂		♂		♂		♀	

Sämtliche männliche Probanden	402		
Sämtliche weibliche Probanden	319		
Vertretung der Probanden in meinem Material d. h.	♂ : ♀ 126:100	104,1	: 100

[1]) Dazu kommen zwei Geschwister von denen das Geschlecht unbekannt. [2]) Dazu kommen zwei Geschwister, die zwar klein gestorben sind, von denen man aber das Geschlecht nicht weiß. [3]) Dazu kommen zwei Geschwister, von denen das Geschlecht unbekannt. [4]) Dazu kommen zwei Geschwister, die zwar klein gestorben sind, von denen man aber das Geschlecht nicht weiß. [5]) Dazu kommen zwei Geschwister, von denen das Geschlecht unbekannt. [6]) Dazu kommen zwei Geschwister, die zwar klein gestorben sind, von denen man aber das Geschlecht nicht weiß.

Die Annahme der Entstehung der Dementia praecox auf degenerativem (im Gegensatz zum erblichen!) Wege kann also jedenfalls im Verhalten der Sexualproportion bei den Geschwistern unserer Kranken keine Stütze finden.

Dagegen ergibt ein Vergleich der Geschlechter der Erkrankten allein, nach dem Prinzip Weinbergs, wonach nur die Erfahrungen der Probanden in Beziehung zueinander gesetzt werden, die folgenden, in Tabelle 51, S. 122 zusammengestellten Daten (Auszug aus Tabelle 50).

Tabelle 51 (zu S. 122).

	Erfahrungen der 721 Probanden über									
	die anderen Psychosen		die anderen Dementia praecox-Probanden		die Sekundärfälle von Dementia praecox		die anderen Dementia praecox-Fälle überhaupt (andere Probanden + Sekundärfälle)		die anderen Psychosen plus alle Dementia praecox-Fälle	
Geschlecht	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Absolute Zahlen	41	39	22	20	29	15	51	35	92	74
Also Geschlechtsverhältnis	105,1	100	110	100	193,3	100	145,6	100	124,3	100

Wie man aus Tabelle 51, in der ev. Auslesewirkungen der Hospitalisierung ausgeschaltet sind, ersieht, schwanken die Ziffern innerhalb sehr weiter Grenzen, was wohl in der Hauptsache der Kleinheit des Materials zu verdanken sein dürfte, die ja auch noch in der Zusammenfassung aller psychotischen Erfahrungen der Dementia praecox-Probanden überhaupt (92 männliche, 74 weibliche) nicht beseitigt ist. Schlüsse wird man daraus daher noch nicht ziehen dürfen, außer dem, daß zur Annahme einer stärkeren Beteiligung des männlichen Geschlechts an Dementia praecox, als durch die S. 118 u. 119 gepflogenen Erwägungen berechtigt erscheint, zwingende Gründe noch nicht vorliegen, wenn auch die im allgemeinen erhöhten Prozentsätze für die männlichen Erkrankten auch hier auffallen. Auch das Geschlechtsverhältnis, das aus den Erfahrungen der Probanden über alle Dementia praecox (andere Probanden + Sekundärfälle von Dementia praecox) berechnet ist (145,6 : 100), ist aus einem völlig unzureichenden Material (51 männlich und 35 weiblich) gewonnen und daher nicht für eine wirkliche Erhöhung des Knabenüberschusses beweisend, der bekanntlich bei noch viel größeren Ziffern starken Schwankungen unterworfen ist.

Die gleichen Erwägungen gelten für die Ziffern Wittermanns, der (S. 255) auf die merkwürdige Tatsache hinweist, daß in den von ihm untersuchten Dementia praecox-Familien in den Geschwisterreihen der Kranken die Anzahl der überhaupt geborenen Mädchen weit die der überhaupt geborenen Knaben übertraf, indem auf 192 Knaben 250 Mädchen entfielen. Witter-

mann hat freilich nicht die Probanden-Methode angewandt, was er hätte tun müssen, umso mehr, als er S. 253 selbst sagt, daß er als Arzt von Frauenabteilungen hauptsächlich von seinen Patientinnen ausgegangen ist und daher naturgemäß schon einen großen Vorsprung weiblicher Ausgangskranker besaß (13 männliche Kranke, 58 weibliche Kranken).

Zieht man diese große Fehlerquelle in Betracht, so dürfte der Mädchen-Überschuß stark reduziert werden und überdies, nach Abzug der nicht in Rechnung zu ziehenden Probanden, ein so kleines Vergleichs-Material übrig bleiben, daß Schlüsse daraus auf ein Knabendefizit in Dementia praecox-Familien nicht zulässig sind, besonders angesichts der Tatsache, daß ein ganz erheblich größeres Material (s. S. 121, Knabenüberschuß: 104,1) ein solches Defizit nicht oder kaum erkennen läßt.

Der Hinweis Wittermanns auf den Einklang seiner Beobachtung mit der von Fahlbeck (die überdies, wie bereits erwähnt auch von Weinberg bereits als Phänomen der Fortpflanzungs-Auslese aufgedeckt wurde) will somit für die Vermutung, es könnte sich bei dem Geschlechtsverhältnis in den Dementia praecox-Familien um die Begleiterscheinung eines Entartungsvorganges handeln, nichts besagen.

9. Kapitel.

Das Phänomen der Anteposition.

Man bezeichnet mit diesem Namen die Tatsache, daß gleiche Störungen bei den Kindern in einem früheren Lebensalter ausbrechen als bei den Eltern, bei den jüngeren Geschwistern in früheren Lebensaltern als bei den älteren Geschwistern.

Diese Tatsache glaubt man aus verschiedenen Einzelbeobachtungen ableiten zu dürfen.

Sollte das Phänomen Anspruch auf generelle Gültigkeit erheben können, so wären nicht unwichtige Grundlagen für ein Bestehen einer fortschreitenden Entartung im Sinne Morels gegeben.

Über die Zeit des Psychosebeginns bei den verschiedenen Gliedern der Familie liegen schon Untersuchungen vor. Die Tatsachen hierüber selbst, sodann die Deutungen und Schlußfolgerungen sind in hohem Maße besprechenswert.

Für das Anteponieren innerhalb der Geschwisterreihe, d. h. für einen früheren Krankheitsbeginn, je später die Geschwister zur Welt kommen, habe ich folgende Angaben gefunden.

Rosa Kreichgauer (1909) fand, daß unter 11 an Dementia praecox erkrankten Geschwisterpaaren 9 mal (Familie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11) das jüngere Familienglied früher und häufig auch schwerer erkrankte als das ältere.

Diese Tatsache läßt sie daran denken, daß neben einer vererbten spezifischen Anlage für Dementia praecox auch eine Keimschädigung durch toxische Stoffe, vielleicht größtenteils durch Alkohol, ätiologisch in Betracht komme.

Bei Manisch-Depressiven erkrankten in 14 Gruppen nur 6 mal die jüngeren Familienglieder in jugendlicherem Alter als die älteren.

Nach Schuster (S. 1061) besteht eine starke Tendenz, für Brüder und Schwestern derselben Familie, im gleichen (similar) Lebensalter zu erkranken, aber nur eine geringe (slight) solche Tendenz zwischen Eltern und Kindern.

Frankhauser (1911) schließt aus einem von ihm untersuchten klinisch gemischten Material von Geschwisterpsychosen, daß die jüngeren Geschwister 2 mal so oft früher erkranken als die älteren, wenn man die Fälle, in denen sie ungefähr um dieselbe Zeit krank werden, ausschaltet. Frankhauser zieht daraus den Schluß, daß „die Schwere der Belastung also auch eine Abhängigkeit vom Alter der Eltern zeigt".

Dagegen meint Berze (S. 10), daß da, wo die Psychose durch akute oder überhaupt leicht erkennbare Erscheinungen eingeleitet werde, der Beginn also ziemlich sicher festzustellen sei, sich bei Geschwistern sehr häufig das Einsetzen der Psychose im gleichen oder nahezu gleichen Lebensalter ergebe.

Auch Jolly (S. 215) konnte nicht finden, daß jüngere Geschwister früher und schwerer erkranken als ältere.

Das Verhalten des Erkrankungsalters bei den Dementia praecox-Geschwistern meines Materials geht aus den folgenden Übersichten, Tabellen 52—55, hervor:

Tabelle 52.

Anteponieren des Erkrankungsbeginns der Dementia praecox vom älteren Geschwister auf das jüngere.

Geschwister-Serien mit 2 Dementia praecox-Fällen.

	Erkrankungsbeginn des										
	älteren Kindes	jüngeren Kindes		älteren Kindes	jüngeren Kindes		älteren Kindes	jüngeren Kindes		älteren Kindes	jüngeren Kindes
Fall 1	38	19	Fall 19	21	26	Fall 37	20	16	Fall 55	23	21
2	32	25	20	26	23	38	14	23	56	36	15
3	25	16	21	23	20	39	21	22	57	21	24
4	18	20	22	25	18	40	29	34	58	22	27
5	17	16	23	23	27	41	29	38	59	32	24
6	25	35	24	17	18	42	25	40	60	20	22
7	17	16	25	20	20	43	47	17	61	30	35
8	23	23	26	21	23	44	29	37	62	20	22
9	16	20	27	22	19	45	31	33	63	30	16
10	24	19	28	54	51	46	26	23	64	27	20
11	22	22	29	31	17	47	26	43	65	22	20
12	18	18	30	23	26	48	28	24	66	27	28
13	37	24	31	25	38	49	23	34	67	23	18
14	15	25	32	20	20	50	33	25	68	32	20
15	20	23	33	52	41	51	32	28	69	20	20
16	26	26	34	31	26	52	23	31	70	33	24
17	20	19	35	27	27	53	28	24	71	38	27
18	15	26	36	31	22	54	19	21	72	23	27
									Summe:	1862	1777
									Durchschnittlicher Erkrankungsbeginn:	1862:72 = 25,86	1777:72 = 24,68

Tabelle 53.

Erkrankungsbeginn beim	Ältesten	Zweit-Ältesten	Fälle
Summe der 1. und 2. Dementia praecox (aus den Familien mit 3 und 4 Dementia praecox)	252	254	9
Summe der 1. und 2. Dementia praecox (siehe Tab. 52)	1862	1777	72
Summe:	2114	2031	81
Durchschnittlicher Erkrankungsbeginn	2114 : 81 = 26,09	2031 : 81 = 25,07	

Anteponieren des Erkrankungsbeginns der Dementia praecox von den älteren auf die jüngeren Geschwister.

Tabelle 54.

Familien mit 3 Dementia praecox-Geschwistern.

	Erkrankungsbeginn des		
	Ältesten	Mittleren	Jüngsten
Fall 1	30	29	23
2	20	34	20
3	23	15	18
4	37	23	27
5	30	28	36
6	28	28	21
7	31	38	40
8	32	17	17
Summe:	231	212	202
Durchschnittlicher Erkrankungsbeginn:	231 : 8 = 28,87	212 : 8 = 26,5	202 : 8 = 25,25

Tabelle 55.

Familien mit 4 Dementia praecox-Geschwistern.

	Erkrankungsbeginn des			
	Ältesten	Zweit-Ältesten	Zweit-Jüngsten	Jüngsten
Fall 1	21	42	23	20
Summe:	21	42	23	20

Aus den Durchschnittssummen geht hervor, daß Differenzen vorhanden sind. Die ersten Dementia praecox-Fälle, 72 Fälle Tabelle 52, erkranken durchschnittlich in einem Alter von 25,86, die zweiten Dementia praecox-Fälle, 72 Fälle, erkranken durchschnittlich in einem Alter von 24,68, die dritten, 8 Fälle, Tabelle 54, erkranken durchschnitt ich in einem Alter von 25,25 gegen 26,5 bei den mittleren Dementia praecox-Geschwistern dieser Gruppe und 28,7 bei den ältesten Dementia praecox dieser Gruppe, die vierten, Tabelle 55, erkranken in einem Alter von 20 (1 Fall, älteste Dementia praecox 21, zweite 42, dritte 23).

Differenzen im Erkrankungsalter sind also vorhanden und es scheint sogar, daß von den ältesten Geschwistern zu den jüngsten Geschwistern eine gewisse fallende Progression vorliegt, wenn das auch bei dem Einzelfalle, wo

4 Geschwister erkrankten, nicht zuzutreffen scheint. Man könnte daher denken, daß hier eine Art gesetzmäßiger Abhängigkeit des Erkrankungsalters von der Geburtenaufeinanderfolge oder gar vom Geburtsalter oder Zeugungsalter der Eltern vorhanden wäre.

Allein, es sei zunächst darauf aufmerksam gemacht, daß selbst bei großer Differenz der Ziffern ein nur rein äußerer Zusammenhang mit der Geburtenaufeinanderfolge, nicht aber mit der Geburtenstellung und dem Zeugungsalter der Eltern erwiesen wäre. Die Differenzen sind aber überdies doch wohl so klein, daß wir kaum fehl gehen dürften, sie im allgemeinen auf einen rein äußeren Umstand, nämlich auf Unterschiede in der Schwierigkeit der Feststellung des Beginns der Dementia praecox zu schieben. Denn die ersten, älteren Geschwister sind bei allen Untersuchern und auch in meinem Material zum Teil ganz erheblich früher geboren als die nächst jüngeren Dementia praecox-Geschwister. Die Konstatierung des Beginns ihrer Störung fällt daher häufig genug in eine Zeit, die erheblich viel weiter zurückliegt, als der Erkrankungsbeginn der zweiten nächst jüngeren erkrankten Geschwister und ist eben deshalb mit größeren Schwierigkeiten verknüpft. Die Erinnerung an viele Züge, deren Kenntnis heute noch die Konstatierung eines früheren Beginns ermöglichen würde, ist erloschen, die Verwandten, die über diese Züge noch berichten könnten, sind zum Teil gestorben. Die Diagnostik ist auch heute verfeinert, die Kenntnis der heutigen Ärzte hinsichtlich geistiger Störungen besser, die Anschauungen, welche die Umgebung über die Anstaltsbedürftigkeit usw. eines Angehörigen besitzt, sind heute weit strenger wie früher.

Je weiter zurück wir in der Zeit gehen, um so mehr sehen wir die Kranken in die Anstalten unter dem Gesichtspunkte lediglich der Gemeingefährlichkeit eingewiesen. Wer nicht gemeingefährlich war oder auch nicht selbstgefährlich, dürfte in früherer Zeit weit weniger Anlaß zu besonderer Beachtung durch die Umgebung und zur Überlieferung gegeben haben, als dies heutzutage der Fall ist.

Man wird daher einen Schluß in dem Sinne, daß die jüngeren Geschwister tatsächlich durchschnittlich früher erkranken, als die älteren, aus den verhältnismäßig geringen Differenzen zu ziehen nicht berechtigt sein.

Man ist dazu um so weniger berechtigt, als noch ein schwerwiegender Umstand hinzukommt.

Die Geschwister der zweiten Hälfte der untersuchten Geschwister-Serien sind durchschnittlich bedeutend jünger als diejenigen der ersten Hälfte und haben die Gefährdungszone der Dementia praecox überhaupt zum großen Teil noch nicht durchschritten, jedenfalls zum kleineren Teil als dies bei den älteren Geschwistern oder denen der ersten Hälfte der Fall ist.

Es ist daher von vornherein zu erwarten, daß in der zweiten Hälfte und bei den später geborenen überhaupt die früheren Erkrankungsbeginne verhältnismäßig überwiegen müssen.

Es dürfte nicht unbillig sein, die genannten Faktoren zumindest als völlig ausreichend zur Erklärung der verhältnismäßig geringen erhaltenen Durchschnittsdifferenz von ca. 1 Jahr zu betrachten.

Es soll jedoch später noch versucht werden, auf statistischem Wege auch in quantitativer Hinsicht die genannten Faktoren noch genauer zu erfassen.

Wie schon erwähnt, bedarf jedoch die Frage des früheren Erkrankens der jüngeren Geschwister noch einer gesonderten Untersuchung hinsichtlich

ihres Zusammenhanges mit der Frage, ob vielleicht ein früheres Erkranken mit der höheren Geburtenleistung der Mütter zusammenhängt oder mit einem höheren absoluten Zeugungsalter der Eltern. Diese Frage kann aber erst später an Hand eines sehr viel größeren Materials, als es mir heute zur Verfügung steht, bei der definitiven Entscheidung der Frage der größeren oder geringeren Affinität der Dementia praecox-Erkrankung für diese oder jene Geburtennummer erörtert werden. (Vgl. dazu Kapitel 6, S. 92 folgende.)

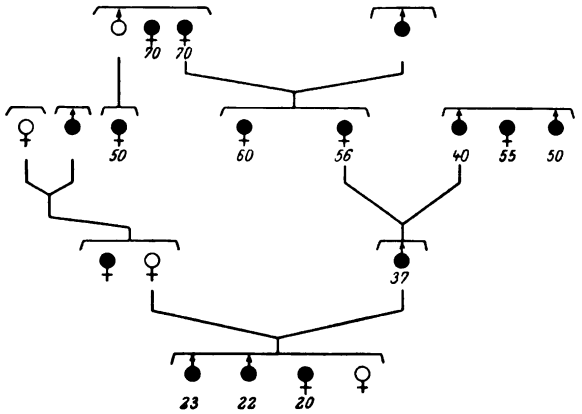
Wir kommen also zusammenfassend zu dem Schlusse, daß die Annahme, die jüngeren Dementia praecox-Geschwister erkrankten durchschnittlich früher als die älteren, auf Grund einer statistischen Untersuchung an einer größeren Reihe von Fällen heute noch einer ausreichenden Begründung entbehrt, womit auch die Schlüsse, die daraus gezogen wurden, einer soliden Basis beraubt sein dürften.

Mitteilungen über das Anteponieren von Elter auf Kind, wonach eine vermutlich vererbte, jedenfalls aber im wesentlichen sich gleich präsentierende Eigenschaft oder ein ererbter Komplex von Eigenschaften beim Nachkommen in einem früheren Lebensabschnitt sich zeigt als bei den Vorfahren, speziell bei den Eltern, finden sich in der Literatur an verschiedenen Orten.

Über das typisch-entzündliche Glaukom (grüner Star), welches man ja häufig genug mehrere Mitglieder einer Familie befallen und von Generation auf Generation übergehen sieht, schreibt v. Gräfe 1869: „Es ist mir aufgefallen, daß, wenn bereits mehrere Generationen hintereinander befallen worden sind, der Ausbruch zuletzt bereits in der mittleren Lebensperiode, ja sogar in der ersten Hälfte derselben erfolgt. In Berlin selbst leben einige derartige Familien, in denen glaukomatöse Erkrankungen schon seit 3—4 Generationen (möglicherweise noch länger) vorkommen und deren Mitglieder jetzt größtenteils in den dreißiger Jahren die ersten Symptome darbieten, während die Eltern und Großeltern in den sechziger, fünfziger Jahren erkrankt waren. Einmal sah ich, was gewiß eine seltene Ausnahme bildet, Glaukom bei Mutter und Tochter in demselben Jahre, trotz einer Altersdifferenz von 26 Jahren, erfolgen."

Sehr deutlich ist das Phänomen in einem von v. Noorden mitgeteilten Stammbaum einer Familie mit exquisitem Diabetes (Zuckerkrankheit), von dem nach v. Noorden ein großer Teil der Fälle zu den endogenen Degenerationskrankheiten zu zählen ist (Fig. 56).

Fig. 56.
Stammbaum von Diabetes nach von Noorden.
Die Ziffern bedeuten das Alter beim Beginn der Erkrankung.



Hier ist klar ersichtlich, daß die Krankheit (♂ u. ♀) in den jüngsten Generationen viel früher auftritt als in den älteren Generationen, ja, daß die Erkrankung im Laufe der Generationen in auffallend regelmäßiger Weise in immer früherem Alter auftritt und so an Intensität zunimmt, da

die Prognose des Diabetes im allgemeinen um so schlechter ist, in je früherem Alter er auftritt.

Harbolla (Leubus) fand 1893 in den von ihm untersuchten 15 Familien, mit Geistesstörungen verschiedenster Natur, daß bei 13 Familien der Deszendent immer in einem früheren Lebensalter geistig erkrankte als der Aszendent. Ein ähnliches Resultat ergab ihm auch die Vergleichung der Siolischen Fälle. Harbolla kommt zu dem Schlusse (S. 44), „daß in der allergrößten Mehrzahl der Fälle bei hereditär belasteten Individuen der Ausbruch der Seelenstörung zwar in einem früheren Lebensalter zu erwarten steht, als es bei dem Aszendenten der Fall war, daß aber der Verlauf und Ausgang derselben, von interkurrenten somatischen Erkrankungen abgesehen, durchaus nicht ein schwererer, sondern im Gegenteil in vielen Fällen ein günstigerer ist, mag das klinische Bild der Psychose sein, welches es wolle, und mag eine Kumulation vererbender Momente stattgefunden haben oder nicht".

Auch Vorsters Fälle (1901, S. 389) von familiärer Dementia praecox (Elter und Kind) zeigen, daß die Psychose bei den Deszendenten in der Regel früher einsetzt als beim Aszendenten. In seinen 8 Dementia praecox-Familien setzte nur in einem einzigen (Familie 1, S. 371) die Psychose bei der Deszendenz später ein (Mutter im 29., Deszendent im 35. resp. 31. Jahr), in allen anderen Fällen, 7 an der Zahl, begann sie früher (S. 389):

Mutter	24,	Deszendenz	16 resp. 18
„	42,	„	21
„	23,	„	19
„	27,	„	21
„	24,	„	13
„	38,	„	34
„	39,	„	23

Berzes (1910, S. 10 u. 11) Sammlung von Erkrankungen von je einer elterlichen und einer kindlichen Dementia praecox, die jedoch mit einer außerordentlich weiten Fassung des Begriffs Dementia praecox rechnet, scheint ebenfalls zu lehren, daß die Dementia praecox bei den Kindern gewöhnlich in einem früheren Lebensalter offenkundig wird als bei den Eltern.

„In einem Falle (Familie Ho.) erkrankte beispielsweise der Vater zu Beginn der vierziger Jahre paranoid, beim Sohne stellte sich im 19. Lebensjahre die Psychose ein, die lange Jahre als „neurasthenisches Irresein" mit Zwangsvorstellungen aufgefaßt wurde, bis endlich die Dementia praecox sicher zu erkennen war. Der Vater in Gruppe XV erkrankte paranoid im 37. Lebensjahre; seine beiden Söhne zeigen eine sich schon frühzeitig im Sinne einer Pfropfhebephrenie mit vorherrschendem Moraldefekt entwickelnde, einfache Demenz. Beim Vater in Gruppe XVI, der allerdings auch schon früher „zur Gemütsverstimmung leicht geneigt" war, setzt die offenkundige Psychose im Alter von 36 Jahren ein, seine Söhne erkrankten im 27., 32., 26. Lebensjahre, nachdem sie schon von ihrer Jugend her allerlei Abnormitäten gezeigt hatten. Weit drastischer aber sprechen mehrere von den im 2. Kapitel aufgeführten Fällen. Viele „Spätkatatonien", manche präsenile und vielleicht sogar auch manche senile Psychosen dürften, wie ich dort zeigen will, als Ausdruck der schon bei dem betreffenden Elternteil bestehenden, bei der Deszendenz aber eben schon in früherem Alter zur Geltung kommenden Anlage zur Dementia praecox zu betrachten sein."

In einem Abschnitt, der „Gesetz der Antizipation" überschrieben ist, wurde diese von Mott (1911), in Anlehnung an Nettleship, definiert als ein Auftreten der krankhaften Veränderung in einem früheren Alter, sowohl bei Gliedern jeder folgenden Generation als Ganzes genommen, als auch bei nacheinander geborenen Kindern derselben Eltern, wobei auch auf Beobachtungen anderer Autoren in dieser Richtung Bezug genommen wird.

So sagt Darwin in seinen „Animals and Plants under Domestication": „Es besteht eine starke Tendenz zur Vererbung von Krankheit auf die entsprechenden Lebensabschnitte. Wenn die Regel versagt, so kann die Krankheit beim Kind früher auftreten als beim Elter, wogegen Ausnahmen nach der entgegengesetzten Richtung hin viel seltener sind."

Lucas gibt verschiedene Fälle ererbter Krankheit an, welche in einem früheren Alter auftreten.

Bowmann bemerkt, daß der Star häufig beim Kinde früher auftritt als beim Elter.

Nettleship gibt einige interessante Daten und Stammbäume, welche das Antizipieren bei Diabetes und Glaukon illustrieren sollen. Aus einer Sammlung teilt er mit, daß 13 diabetische Kinder von diabetischen Eltern durchschnittlich im 25. Lebensjahr starben, während 10 diabetische Eltern der obengenannten Kinder an Diabetes im Durchschnittsalter von 51 Jahren starben.

Beispiele von Anteponieren des hereditären Diabetes geben auch Bence Jones, Pavy und Naunyn.

Dr. Albert Gray teilte Nettleship 3 Stammbäume von Otosklerose mit, aus welchen ebenfalls ein Anteponieren dieser Störung hervorgeht.

Aus Pollock und Karl Pearson geht nach Nettleship hervor, daß das Antizipieren auch bei Phthise vorzukommen scheint.

Mott selbst bringt eine große Statistik bei, die er dadurch erhielt, daß er in den Londoner Irrenanstalten möglichst viele zusammengehörige Psychose-Fälle von Elter und Kind sammeln und deren Erkrankungsbeginn feststellen ließ. Ohne Rücksicht auf die klinische Form der Psychose konnte er dann für 393 erkrankte Eltern ein durchschnittliches Erkrankungsalter (erste Attacke) von 49,7 Jahren, für die dazu gehörigen 427 psychotischen Nachkommen ein solches von 30 Jahren feststellen.

Schließlich fand Mott, daß in 299 von 508 geisteskranken Paaren von Elter und Kind (oder 58,8%) der erste Anfall von Störung bei den Nachkommen 20 oder mehr Jahre früher als bei den Eltern erfolgte, und zwar waren in 73 von diesen 299 Fällen die Nachkommen Imbezille.

Jolly (S. 206) konnte an seinem freilich kleinen Material eine durchgehende Neigung der Deszendenten zu früher Erkrankung bei Dementia praecox nicht feststellen.

Interessant und die ganze Sachlage sehr komplizierend ist nun, daß nicht bloß bei krankhaften Anlagen und Krankheiten ein „Anteponieren" von Vorfahren auf Nachkommen gefunden wurde, sondern auch für normale Charaktere.

So beschreibt Denso (1908) unter dem Namen der Antizipation oder „Vorwegnahme" ein Phänomen, das darin besteht, daß die Schwärmer-Hybridenraupen (Hybr. densoi Muschamp), welche aus einer Hybridation der männlichen Vespertilio Esp. mit der weiblichen Euphorbiae L. hervorgehen, gewisse Zeichnungen und Färbungselemente in einem früheren Stadium der ontogenetischen

Entwicklung aufweisen, als die Raupen sowohl der väterlichen, als auch der mütterlichen Arten. Speziell wäre es nicht so, daß die Hybridenraupen in jedem ihrer Stadien mittlere Charaktere der elterlichen Raupen desselben Stadiums aufwiesen, die nur mehr oder weniger weit sich den elterlichen Typen näherten und ev. durch Auftreten von Atavismen hinter beiden zurückblieben, sondern in den meisten ähnlichen Fällen konnte Denso konstatieren, daß jede Raupe der Hybriden in ihren einzelnen Stadien eine Zeichnung und Färbung aufwies, die die von beiden elterlichen Raupen mehr oder weniger weit überholt hatte.

Wichtig ist auch die Beobachtung Densos (S. 205), daß eine sekundäre Hybridenraupe nicht immer Antizipation aufwies im Verhältnis zu den genuinen Arten galli und euphorbiae, sondern auch gegenüber den bereits antizipierten Charakteren des Hybridenvaters (galli × euphorbiae).

Auch aus Standfußschen Hybridenraupen-Beobachtungen teilt Denso einige wenige Fälle von Antizipation mit und hält es für wahrscheinlich, daß die Antizipation eine allgemeine Erscheinung in der Ontogenie von Hybridenraupen ist, die gewissermaßen an den Hybridismus geknüpft ist. Durch die wissenschaftliche Erhärtung dieses Zusammenhanges könnte dann leicht eine als Ei oder junge Raupe gefundene Hybridenraupe durch die großen Sprünge bei der ersten Häutung (im Verhältnis zu verwandten Arten) ihren hybriden Charakter verraten, anderenteils wäre es nicht ausgeschlossen, auf diese Weise festzustellen, ob doch vielleicht die eine oder andere Art, besonders hochdifferenzierter Genera, einer früher stattgefundenen Hybridation ihren Ursprung verdankt.

Freilich hat Federley (1911) in der Gattung Pygära nichts entdecken können, was als Antizipation gedeutet werden könnte. Hier kommen im Gegenteil Erscheinungen vor, die so aufzufassen sind, daß Merkmale, die bei den elterlichen Arten in früheren Stadien auftreten und in den späteren wieder verschwinden, bei den Hybridenraupen das ganze Leben persistieren, also in der Ontogenie nicht früher auftreten, sondern länger beibehalten werden. Dieser Vorgang bildet also nach Federley den „Gegensatz zu der Antizipation".

Hatte sich Denso noch eines Erklärungsversuchs der „Antizipation" enthalten, so kann uns diese, nach Federley (S. 311) nicht überraschen, wenn wir sie mit den Resultaten verschiedener Kreuzungsexperimente vergleichen, in denen Merkmale bei dem Bastard auftraten, obgleich sie in den beiden Eltern nicht sichtbar waren. Wie in diesem Falle ein bei den Eltern oder einem derselben „latentes" oder rezessives Merkmal in dem Bastard auf verschiedene Weise zum Vorschein kommen kann, so werden bei der Antizipation die betreffenden Zeichnungselemente nur früher ausgelöst, d. h. die Gene werden früher aktiv. In dem von mir (Federley) erwähnten Fall sehen wir den umgekehrten Prozeß. Hier bleibt die dunkle Pigmentierung der fraglichen Segmente erhalten, weil die Gene, welche die Zerstörung des Pigments bewirken sollen, hier vermutlich zeitlebens in einem Zustande der Latenz oder Passivität verweilen.

Die tatsächlichen Unterlagen für ein Anteponieren des Beginns der Dementia praecox von Elter auf Kind werden, so fern sie meinem eigenen Material entnommen sind, durch die folgenden Ziffern illustriert. (Tabelle 57, S. 131.)

Danach (Tabelle 57, S. 131) scheint es in der Tat so, als ob ein Anteponieren bei Dementia praecox vorliege, da in weitaus der größten Anzahl der hier gegebenen Fälle die Erkrankung beim Kind früher auftrat als beim Elter.

Tabelle 57 (zu S. 130).

„Anteponieren" des Erkrankungsbeginns der Dementia praecox von Elter auf Kind.

	Erkrankungsbeginn der Dementia praecox bei							
	Elter	Kind		Elter	Kind		Elter	Kind
Fall 1	35	19	Fall 18	31	31	Fall 35	33	26
2	34	23	19	43	19	36	35	22
3	38	25[1])	20	35	18	37	46	30
4	39	33	21	22	18	38	28	37
5	40	31	22	30	20	39	36	15
6	32	19	23	46	22	40	30	21,5[3])
7	36	23	24	25	31	41	41	29
8	44	22	25	39	16	42	23	19
9	27	24	26	43	23	43	36	31
10	49	31	27	60	30[2])	44	39	27
11	26	23	28	42	26	45	38	18
12	54	20	29	42	21	46	52	38
13	31	27	30	31	29	47	31	28
14	40	37	31	44	20	48	45	23
15	23	20	32	40	14	49	25	24
16	22	28	33	23	24	50	40	15
17	40	18	34	51	24			
						Summe:	1835	1212,5
						Durchschnittlicher Erkrankungsbeginn:	1835 : 50 = 36,7	1212,5 : 50 = 24,25

[1]) Durchschnittsbeginn aus 3 Kindererkrankungen $\frac{20 + 34 + 20}{3}$

[2]) Durchschnitt aus . . . . . $\frac{32 + 28}{2}$

[3]) Durchschnitt aus . . . . . $\frac{23 + 20}{2}$

Die Frage ist nur, ob hinter diesem statistischen Ergebnis auch ein Naturphänomen steckt, das den Namen eines regelmäßigen, vielleicht sogar gesetzmäßigen verdient. Oder ob hier nicht vielleicht lediglich ein statistisches Artefakt vorliegt.

Die Fehlerquellen, die ein solches Scheinresultat bedingen könnten, sind mannigfache.

Einmal ist begreiflicherweise bei Internierten der Gegenwart, also Kranken, welche zumeist der Kindergeneration angehören, der Beginn der Erkrankung mit größerer Präzision festzustellen und durch entsprechendes Befragen weiter zurückzuverfolgen als bei Angehörigen der Eltern-Generation, über die die Akten nicht so reichlich Auskunft erteilen und über deren wahren Erkrankungsbeginn man auch durch nachträgliche Einvernahme Hinterbliebener oft nur noch wenig, mitunter gar nichts Sicheres erfährt. Der Zeitpunkt der Internierung

kann jedenfalls durchaus nicht maßgebend sein, da in früherer Zeit nicht allein die Störungen in ihren Anfängen, öfter wie heute, sowohl von seiten der Ärzte, als auch der Angehörigen verkannt wurden, sondern auch die Anstaltsversorgung in viel späteren Stadien als heute betätigt wurde, oft genug erst dann, wenn wegen Eintritts der Gemeingefährlichkeit die Verbringung in die Anstalt unumgänglich notwendig wurde.

Zunächst schon aus diesen Gründen ist es also wohl geboten, den faktischen Erkrankungsbeginn in der Eltern-Generation durchschnittlich auf einen früheren Lebensabschnitt anzusetzen, als in den obengenannten Ziffern und wohl auch denen anderer Autoren zum Ausdruck kommt.

Die wichtigste Fehlerquelle für die Annahme eines Anteponierens der Dementia praecox liegt freilich außerhalb diagnostischer und anamnestischer Unzulänglichkeiten.

Sie liegt vielmehr in den Schwierigkeiten begründet, als Repräsentanten der Eltern-Generation ein natürliches Gemisch von Individuen zu beschaffen, deren Erkrankungsbeginn in verkleinertem Maßstabe statistisch die Variationsskala erkennen läßt, welche von verschiedener Seite für den Beginn der Dementia praecox überhaupt festgestellt wurde.

Kraepelin hat in der neuen 8. Auflage, Bd. III, S. 910 die prozentische Verteilung der Altersstufen, in denen die Dementia praecox beginnt, gegeben (Tabelle 58).

Tabelle 58 (zu S. 132)
(aus Kraepelin, Psychiatrie. 8. Aufl., S. 910).

Es erkrankten von 1054 Fällen an Dementia praecox

Beginnsjahre	bis zum 10. Jahr	vom									
		10.–15.	15.–20.	20.–25.	25.–30.	30.–35.	35.–40.	40.–45.	45.–50.	50.–55.	55.–60.
Prozent	3,5	2,7	21.7	25,5	22,8	13,0	5,0	3,3	1,2	1,1	0,2

Zu dem aus diesen Ziffern errichteten Diagramm schreibt Kraepelin: „Das Diagramm gibt die Verteilung von 1054 Fällen auf die einzelnen Altersstufen wieder. Dabei fällt zunächst auf, daß der Beginn des Leidens für einen gewissen Prozentsatz der Beobachtungen in die ersten Lebensjahre verlegt wird. Es handelt sich hier um eine Gruppe von Kranken, bei denen schon von Jugend auf ein erheblicher Grad von psychischer Schwäche besteht, wenn auch die auffallenderen Krankheitserscheinungen sich erst späterhin, etwa im dritten Lebensjahrzehnt bemerkbar machen, um nunmehr zu stärkerer Verblödung zu führen. Da sich die Dementia praecox dabei gewissermaßen auf eine schon bestehende Krankheit aufpfropft, sprechen wir in solchen Fällen von einer „Pfropfhebephrenie". Das hier angenommene Verhältnis von 3,5% ist wahrscheinlich viel zu klein, da nur die schwersten derartigen Fälle ausgeschieden wurden. Leichtere Abweichungen der verschiedensten Art bestanden außerdem noch recht häufig, ein Umstand, auf den wir späterhin zurückzukommen haben. Schon jetzt muß indessen betont werden, daß die Feststellung des Zeitpunktes, an dem die Krank-

heit begonnen hat, bei der so häufig schleichenden Entwicklung oft recht unsicher und willkürlich ist. Wollte man in dieser Richtung einen sehr strengen Maßstab anlegen, so würde sich das ganze Altersdiagramm sicherlich nicht unerheblich gegen die jugendlicheren Altersstufen hin verschieben.

Die Abnahme des Prozentsatzes zwischen dem 10. und 15. Jahre ist insoferne eine künstliche, als diese Zahl mit derjengen der von Jugend auf bestehenden Pfropfhebephrenie nicht ohne weiteres vergleichbar ist. Von da ab sehen wir die Häufigkeit der Dementia praecox ungemein rasch ansteigen; mehr als $^2/_3$ der Fälle beginnen zwischen dem 15. und dem 30. Jahre, $^1/_4$ zwischen dem 20. und 25. Jahre. Dennoch kann von einer unverbrüchlichen Anknüpfung der Dementia praecox an das Lebensalter keine Rede sein. Wir sehen die Stäbe des Diagramms zwar ziemlich schnell, aber doch regelmäßig abfallen und eine immerhin nicht unbeträchtliche Zahl von Fällen auch noch im 4., 5. und sogar 6. Lebensjahrzehnt zur Entwicklung gelangen.

Allerdings liegt hier angesichts des starken Überwiegens der jugendlichen Altersstufen der Einwand nahe, daß es sich bei den anscheinend spät einsetzenden Erkrankungen um Fälle handle, deren schleichender Beginn in Wirklichkeit viel weiter zurück zu verlegen sei, wenn auch die auffallenderen Krankheitserscheinungen sich erst nach Verlauf von vielen Jahren und selbst Jahrzehnten bemerkbar machten. Die allgemeine Berechtigung dieses Einwandes ist sicherlich zuzugeben. Ohne Zweifel kann sich, namentlich bei Landstreichern und Verbrechern, in jüngeren Jahren allmählich eine Umwandlung der Persönlichkeit herausbilden, deren Krankhaftigkeit erst viel später erkannt wird, wenn sich die bekannten Erscheinungen der Dementia praecox hinzugesellen, Gehörstäuschungen, Wahnbildungen, Erregungs- oder Stuporzustände, Zerfahrenheit, Manieren. Dennoch geht es schwerlich an, durch solche Erwägungen die Beteiligung der höheren Lebensalter an der Dementia praecox gewissermaßen zu beseitigen. Die Zahl der Fälle, deren Beginn mehr oder weniger weit zurückzuverlegen wäre, würde jedenfalls bis zum 40. und 45. Jahre so groß sein, daß wir ungemein triftige Gründe haben müßten, um ein solches Verfahren zu rechtfertigen. Derartige Gründe sind jedoch tatsächlich nicht vorhanden. Solange sich die von Hecker für die Hebephrenie vertretene Anschauung halten ließ, daß nahe ursächliche Beziehungen der Dementia praecox zur Geschlechtsreifung bestünden, konnte der Versuch gemacht werden, für die dieser Auffassung sich nicht fügenden Fälle eine andere Erklärung ausfindig zu machen oder sie abzutrennen. Die Erfahrung hat jedoch inzwischen gelehrt, daß die größte Häufigkeit der Erkrankungen in ein Alter fällt, in dem die geschlechtliche Entwicklung im allgemeinen abgeschlossen ist. Wird schon dadurch eine wirklich im engeren Sinne ursächliche Abhängigkeit der Krankheit von den Vorgängen der Geschlechtsreifung unwahrscheinlich, so ist weiterhin darauf hinzuweisen, daß wir auch das manisch-depressive Irresein sehr häufig zu Ende des zweiten oder im Beginne des dritten Lebensjahrzehnts einsetzen sehen, ein Umstand, der nur die Deutung zuläßt, daß in diesem Alter die Neigung zu psychischer Erkrankung überhaupt besonders groß ist."

Die Verteilung der Beginnsalter in meinem eigenen Material geht hervor aus den folgenden Tabellen 59, S. 134 und 60, S. 134.

Tabelle 59.

Häufigkeit, mit der die in Altersgruppen zusammengefaßten Erkrankungsbeginne an Dementia praecox in meinem unausgelesenen Material auftreten. 765 Fälle.

Beginnsjahre	bis 15.	15.—20.	20.—25.	25.—30.	30.—35.	35.—40.	40.—45.	45.—50.	später
Prozent	3,39	28,30	24,83	20,52	12,68	6,01	2,48	1,04	1,69

Tabelle 60.

Alter bei Beginn der Dementia praecox von 50 Eltern und 50 Kindern

Beginnsjahre			20.–25.	25. 30.	30.–35.	35.–40.	40.–45.	45. 50.	50.–55.	55.–60.
					Kinder					
Prozent	6	26	30	20	12	6				
					Eltern					
Prozent			14	10	20	26	16	6	6	2

Die Befunde über den Erkrankungsbeginn und die Ausdehnung der Gefährdungszone hinsichtlich der zumeist gefährdeten Lebensalter sind bei verschiedenen Autoren im großen und ganzen ziemlich übereinstimmend.

Ein Blick auf die Variationsskalen des Beginns lehrt jedenfalls ohne weiteres das ungeheure Überwiegen der verhältnismäßig jugendlichen Altersstufen.

Für einzelne, besonders jugendliche Kranke, welche die überwiegende Zahl ausmachen, fällt also aus individuellen und sozialen Gründen die Möglichkeit sowohl einer illegitimen Zeugung, als auch einer Fortpflanzung innerhalb einer geregelten Ehe fort.

Die Krankheit hinderte sie an der Heirat oder, wenn diese noch in gesunden Tagen erfolgen konnte, doch an der Erzeugung einer größeren, wiederum ins erkrankungsfähige Alter aufrückenden Nachkommenschaft.

Nur einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Individuen ist vor dem Hereinbrechen der geistigen Erkrankung die Gründung einer mit einigermaßen normaler Kinderzahl bedachten Familie gelungen. Naturgemäß haben also vorwiegend diejenigen Dementia praecox-Kranken Familie, welche in späterem Alter erst erkrankt sind, und diese Auslese von (verhältnismäßigen!) Spät-Erkrankungen ist es auch, welche uns in den Repräsentanten unserer Eltern-Generation entgegentritt, **während eine ausgiebige Nachkommenschaft,** bei der die Vererbungschancen wirksam in Aktion zu treten vermöchten, von seiten der **weitaus überwiegenden Anzahl der Früh-Erkrankenden überhaupt nicht** vorhanden ist.

Es ist also die Eltern-Eigenschaft an und für sich, d. h. die Tatsache, daß jemand zur Heirat und ausgiebigen Kinderzeugung überhaupt kommt, bereits notwendig verknüpft mit einer relativen Späterkrankung.

Und auf gleiche Weise ist wohl gewiß auch der Befund Berzes, insoferne seine Eltern-Dementia-praecox nicht zu weit gefaßt ist, zu erklären, wonach die Psychose der Aszendenten weit öfter einen milderen, langhin gedehnten Verlauf nimmt.

Denn dieser milde langhin ausgedehnte Verlauf läßt eben die Betätigung oder die Fortsetzung der Betätigung einer Elternschaft noch zu, jedenfalls weit eher zu, als eine schon vor oder im Reife- und Heiratsalter einsetzende, die Betätigung der Elternschaft vernichtende oder auf ein Minimum reduzierende schwere und rasch zur typischen Demenz führende Erkrankung.

Mit fortschreitender Degeneration, deren Annahme hier auf einer Verwechslung von Ursache und Wirkung beruht, hat dies jedenfalls nichts zu tun.

Auf der anderen Seite liegen für die statistische Betrachtung des Erkrankungsbeginns der in unsere Beobachtung gelangenden Deszendenten-Generation Ausleseverhältnisse der genannten Art natürlich nicht vor. Es ist somit, wenn wirklich im Wesen die Krankheit der Eltern identisch ist mit derjenigen der Kinder, nur begreiflich, wenn wir in der Nachkommen-Generation annähernd[1]) dieselbe statistische Verteilung und dieselben Durchschnittsverhältnisse wiederfinden, wie sie in der allgemeinen Statistik des Erkrankungsbeginns der Dementia praecox zum Ausdruck kommen, während wir das wie gesagt bei den Dementia praecox-Kranken, die Eltern geworden sind, von vornherein gar nicht erwarten können.

Wir werden wohl kaum fehlgehen in der Annahme, daß die Tatsache, welche die Autoren bisher als Anteponieren bezeichnet haben und hinter der sie einen mysteriösen, noch ganz unaufgeklärten Naturvorgang zu erblicken geneigt zu sein scheinen, wohl fast restlos sich durch die Elterneigenschaft der an Dementia praecox erkrankten Eltern an und für sich erklärt, in der es eben an und für sich begründet ist, daß die früheren Beginne eo ipso ausscheiden. Denn würden diese Eltern früher erkrankt sein, so wären sie eben nicht oder nur in verschwindender Zahl Eltern geworden.

Zu alledem kommt noch hinzu, daß in dem Kindermaterial, das unserer Betrachtung zugrunde liegt, naturgemäß die späteren und spätesten Beginne nicht in dem Maße vertreten sein können, wie sie es wären, wenn das Material hinsichtlich der Erkrankung an Dementia praecox zu Ende, d. h. bis über die Gefährdungszone hinaus beobachtet wäre.

Diese Dinge sind eigentlich so klar, daß es fast überflüssig erscheint, sie noch näher auszuführen. Ich hätte es auch nicht getan, wenn nicht von einem Gesetz des Anteponierens gesprochen worden wäre und immer wieder gesprochen wird, ohne daß man dafür auch gleich die statistische Analyse und eine plausible Erklärung gegeben hätte.

[1]) Als identisch darf sie nicht erwartet werden, weil abgesehen davon, daß das Material ein kleineres, mehr Zufälligkeiten unterworfenes ist, immerhin beachtet werden muß, daß auch der Krankheitsbeginn bis zu einem gewissen Grade erbliche Wirkungen haben kann.

Versuchen wir die Auffassung, daß das Anteponieren, in der Hauptsache wenigstens, eine Folge der Elterneigenschaft der erkrankten Eltern ist, noch mathematisch skizzenhaft zu erläutern, so könnten wir etwa folgendermaßen vorgehen.

Das mittlere Alter bei der Geburt des ersten Kindes unserer später an Dementia praecox erkrankten Eltern betrug für die 34 erbstatistisch verwerteten Fälle 26, für die 52 Fälle überhaupt 25,9, also rund 26 Jahre (Tabelle 61, S. 136).

Tabelle 61 (zu S. 136).

Gruppe der Fälle, wo weder Elter noch Kind in der Münchener Klinik waren			Gruppe der Fälle, wo mindestens 1 Kind in der Münchener Klinik war					
Fortlaufende Nummer	Familien-Nummer	Alter des Dementia praecoxkranken Elters bei der Geburt des 1. Kindes	Fortlaufende Nummer	Familien-Nummer	Alter des Dementia praecoxkranken Elters bei der Geburt des 1. Kindes	Fortlaufende Nummer	Familien-Nummer	Alter des Dementia praecoxkranken Elters bei der Geburt des 1. Kindes
1	754	28	1	753	35	27	768	24
2	749	27	2	740	27	28	816	23
3	735	27	3	743	23	29	755	23
4	756	26	4	744	22	30	174	22
5	901	24	5	773	21	31	900	20
6	742	32	6	752	25	32	748	22
7	733	24	7	766	19	33	772	21
8	737	24	8	765	24	34	746	36
9	758	26	9	732	29			191
10	745	30	10	760	29		Übertrag	709
11	424	24	11	350	29			900
12	859	22	12	750	36			
13	875	21	13	741	28			
14	762	24	14	759	32			
15	769	22	15	770	34	Durchschnittsalter für diese Gruppe:		900 : 34 = 26
16	739	24	16	788	32			
17	747	25	17	764	25			
18	751	20	18	734	25			
			19	771	21			
Durchschnittsalter für diese Gruppe		450 : 18 = 25	20	767	31			
			21	799	35			
			22	761	20			
			23	736	33			
			24	757	21			
			25	763	26			
			26	738	27			
					709			

Summe aller Alter bei der Geburt der ersten Kinder der Eltern: $450 + 900 = 1350$

Durchschnittsalter $1350 : 52 = 25{,}9$.

Der Spielraum der Erkrankungsmöglichkeit an Dementia praecox ist dadurch eingeengt. Während er sonst etwa zwischen dem 13. und 47. Altersjahr, also innerhalb 34 Jahren schwankt, schwankt er hier bloß durchschnittlich zwischen dem 26. und 47. (wenn die Eltern nicht schon nachweisbare Dementia praecox hatten bei Zeugung bzw. Geburt des ersten Kindes, was nur ausnahmsweise der Fall ist), also ca. innerhalb 21 Jahren. Er ist also um mehr als $^1/_3$ reduziert. Beträgt das mittlere Erkrankungsalter im Gesamtmaterial $\frac{13 + 47}{2} = 30$, so beträgt das mittlere Erkrankungsalter der mit Elterneigenschaft ausgerüsteten Dementia praecox-Fälle $\frac{26 + 47}{2} = \frac{73}{2} = 36{,}5$, wodurch eine durchschnittliche Differenz der Erkrankung von Elter und Kind von 6,5 Jahren gegeben ist.

Aus der summarischen Herleitung dürfte jedenfalls leicht ersichtlich sein, daß zum mindesten ein sehr großer Teil der Differenz, welche wir in Tabelle 61 erhalten haben, auf die mit der Elterneigenschaft notwendig verknüpfte spätere Erkrankung oder sichtbare Verschärfung der Erkrankung zurückzuführen sein dürfte.

Eine endgültige Lösung der Frage, ob noch weitere Faktoren die gefundene Differenz beeinflussen, ist auf statistischem Wege wohl möglich, aber nur auf Grund eines großen und hinsichtlich des Erkrankungsbeginnes sicher beurteilbaren Materials.

Denn sollte es sich herausstellen, daß die Differenz, um welche die Erkrankung der Kinder früher eintritt als die der Eltern, durchschnittlich genau in dem Maße abnimmt, als das Durchschnittsalter des Beginns der Dementia praecox bei den Eltern sinkt, so wäre offenkundig, daß es sich bei der Erscheinung des Anteponierens überhaupt nicht, auch nicht in geringem Maße, um einen der direkten Vererbung der Dementia praecox immanenten fortschreitenden Prozeß handeln kann.

Daß nicht selten die Eltern paranoide Färbung des Krankheitsbildes darbieten, während bei den Deszendenten diese Abart des Verlaufs der Dementia praecox zumeist vermißt wird, um mehr hebephrenen und katatonischen Formen Platz zu machen, spricht nicht gegen die Auffassung der Anteposition als Phänomen der Elternauslese. Im Gegenteil. Denn die wahnbildenden Varietäten sind eben gerade an das reifere Alter gebunden und scheinen den jugendlicheren Altersstufen fremder zu sein, weshalb gerade bei paranoid an Dementia praecox-Prozessen Erkrankenden eine Betätigung der Eltern-Eigenschaft besonders häufig zu erwarten sein wird.

Stellen wir uns aber doch auf den sehr unwahrscheinlichen Standpunkt, daß das Anteponieren der Dementia praecox von Elter auf Kind kein Produkt der Fortpflanzungsauslese, kein statistisches Artefakt, sondern von dem der Natur der Dementia praecox zugrunde liegenden Krankheitsprozeß selbst abhängig ist, so wäre die nächstliegende Erklärung wohl die, daß die in einer bestimmten Verhältniszahl der Nachkommen Dementia praecox-kranker Eltern schlummernde Anlage zu Dementia praecox anstatt zu gleicher Zeit, wie bei den Eltern (homochrone Vererbung), durch irgendwelche Umstände früher ausgelöst wird, sei es durch irgendwelche additionelle Einflüsse, welche

den mit der Erbanlage behafteten Keim trafen, aus dem der Kranke hervorgeht, sei es durch Schäden, welche auf das Dementia praecox-veranlagte Individuum selbst, sei es intrauterin, sei es extrauterin, einwirken. Denn die Annahme dürfte ja wohl berechtigt sein, daß der Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung bei einem dazu überhaupt veranlagten Menschen innerhalb gewisser Grenzen vom Zustand der verschiedenen Körperorgane und der Gesamtkonstitution abhängig ist.

Die Einwirkung persönlicher Schäden besonderer Natur, deren Einfluß man eine solche Wirkung zutrauen dürfte, auf die Anlage der Kranken unserer Kindergeneration, ist jedoch zurzeit nicht ersichtlich.

Von Schäden, welche von den Eltern auf die Geschlechtszellen, aus denen der Kranke hervorging, hätten einwirken können, kämen der Alkoholismus, die Syphilis und erschöpfende Krankheiten, zu junges, zu hohes Alter usw. der Erzeuger in Betracht.

Sodann aber kämen in Betracht speziell die schädigenden Wirkungen auf den Keim oder den Embryo, welche man sich vom elterlichen Dementia praecox-Prozeß selbst ausgehend denken könnte. Also üble Wirkungen der elterlichen Dementia praecox-Erkrankung auf das bei der Erzeugung des Kindes mitwirkende Spermatozoon des Vaters oder auf das gleichbeteiligte Ei der Mutter oder den im kranken Dementia praecox-Körper der Mutter zur Entwicklung gelangenden Embryo.

Sollte die Materialsammlung zukünftiger Forschung ergeben, daß es in der Tat ein Phänomen des Anteponierens gibt, welches man nicht als einfaches statistisches Artefakt, d. h. nicht als einfache Fortpflanzungs-Auslese auffassen darf, und daß auch die ebengenannten schädigenden Ursachen eine ausreichende Erklärung dafür nicht abzugeben vermögen, so wäre es trotzdem wohl nicht statthaft, hier noch von einem Phänomen der Vererbung zu reden, da die offenkundige gesetzmäßige Abweichung von der Tradition dem Begriff der Vererbung widerspricht und die Suche nach einer besonderen Ursache dieser Erscheinung auch künftighin gebieterisch erheischen würde.

Natürlich müßte, um jede Erklärung aus einer Vererbung auszuschließen, auch die Erklärung des Phänomens aus einem komplizierteren Spaltungsvorgang ausgeschlossen werden können.

Eventuell müßte man sich dann die Frage vorlegen, ob vielleicht eine grobe äußere schädigende Ursache, welche nacheinander sowohl auf die Eltern als auch auf die Kinder-Generation einwirkt, das Phänomen der Erkrankung von Elter und Kind selbst, sowie außerdem dasjenige der Vordatierung der Erkrankung beim Kinde zu erklären imstande wären.

Was die Lösung des Problems auf statistischem Wege anbetrifft, so könnte, in tatsächlicher Beziehung, jedenfalls nur ein Vergleich der Durchschnittsbeginne aller mit und ohne Elterneigenschaft ausgerüsteten Dementia praecox-Erkrankungen in der Eltern-Generation mit den Durchschnittsbeginnen aller Dementia praecox-Erkrankungen in der bis zum Ende der Gefährdungszone durchbeobachteten Kinder-Generation die Grundlagen für das wirkliche Vorkommen einer Anteposition abgeben, wonach erst durch weitere Forschung nach den Ursachen des Phänomens zu suchen wäre.

10. Kapitel.

Die Frage der polymorphen oder generellen Vererbung und ihrer Beziehungen zur Vererbung der Dementia praecox unter dem Gesichtspunkte Mendelscher Vererbung.

Die gegenwärtige Arbeit geht von der Voraussetzung aus, daß die Proportionenfrage zunächst nur unter Heranziehung gleichartiger klinischer Krankheitsbilder, eben aller derjenigen Zustände, welche wir zur Dementia praecox rechnen, entschieden werden soll.

Ein ganz anderes Vorgehen würde darin bestehen, die klinischen Verschiedenheiten nicht zu beachten und alle Psychosen bei den Eltern und ihren Kindern, mögen sie noch so verschieden sein, gerade so nach dem Plane der gegenwärtigen Arbeit zusammenzulegen, als wären sie auch klinisch gleichartig. Bietet dieses Vorgehen auch gewiß die allerschwersten Bedenken, so muß es doch späterhin, nachdem der erste gegenwärtige Weg für einzelne Krankheiten beschritten ist, ebenfalls versucht werden, da es durch die von der modernen Vererbungslehre angeregten Fragestellungen vorgezeichnet ist.

Es ist eine allgemeine Erscheinung, die oft wiederkehrt, daß für manche richtige Naturbeobachtung zunächst ein ziemlich nichtssagender, das Wesen der Erscheinung nicht treffender, sondern nur das Auffällige an ihr hervorhebender Ausdruck geprägt wird, bis endlich später die ursächlichen Zusammenhänge, die sie bedingen, aufgedeckt und damit auch ihr innerstes Wesen und ihre genetischen Zusammenhänge besser erfaßt werden.

So erkannte man von je, daß verschiedenartig aussehende, also polymorphe Psychosen in ein und derselben Familie vorkommen können. So sprach man dann von polymorpher Vererbung, da man auch gleichzeitig der Überzeugung war, daß sie auf der Basis einer gemeinsamen, allgemeinen und zwar offenbar erblichen Anlage entstünden.

Ähnliche Anschauungen, wenn auch in Unkenntnis der neueren Vererbungslehre, sind nicht bloß früher schon geäußert worden, sondern es gilt, wie bei vielen älteren, so auch modernen Psychiatern, durchaus als Dogma, daß eine allgemeine Disposition zu geistiger Störung sich vererbt.

Es wird behauptet, daß nicht eine bestimmte Disposition zu einer bestimmten Form von Geistesstörung oder eine bestimmte Geistesstörung selbst sich vererbe, sondern daß eine allgemeine Disposition zur Vererbung komme, auf Grund deren dann die verschiedenartigsten endogenen und exogenen Geistesstörungen entstehen können.

So schreibt z. B. Maudsley in seiner Pathology of Mind: 1. „daß jemand nicht Geisteskrankheit erbt, sondern eine Tendenz zu dieser oder eine Prädisposition und 2. daß die Tendenz vererbt ist vom Stamm (Stock). Auch muß nicht die ungesunde Anlage (unsound strain) im Stamm selbst sich zeigen, in irgend einer Form von wirklicher Geistesstörung. Sie kann erscheinen in der Form irgend einer verwandten Nervenstörung, von Hypochondrie, Selbstmord, Epilepsie, Dipsomanie, Schwachsinn (Weakness of mind), Neuralgien, Chorea,

Stottern, spasmodischem Asthma, in irgendeiner periodischen Nervenerregung eines abnormen Charakters, und umgekehrt können diese Störungen einer Generation die Vorboten sein für gewisse Formen von Geistesstörung in der nächsten Generation."

Auch neuestens, unter dem Eindruck der modernen Vererbungsbiologie, hat dieser Gedanke Anhänger gefunden, und es ist durchaus notwendig, daß man ihm in exakter Weise nachgeht. Kann ich das auch leider heute an Hand eines größeren, eigenen Materials noch nicht, wenigstens nicht hinsichtlich der Proportionenfrage, so seien doch jetzt schon einige Gesichtspunkte darüber einer späteren quantitativen Lösung des Problems vorangeschickt.

Der Anschauung von der Vererbung einer einheitlichen Disposition folgt auch Schuppius, allerdings leider ohne Rücksichtnahme auf den Einwand gegen eine Verwendung von Material, das nach gehäufter Belastung ausgelesen ist, wenn er schreibt (S. 244): „Bei genauerem Zusehen wirkt es förmlich überraschend, wie oft sich in Familien, in denen die verschiedensten Formen geistiger Störung vorkommen, das Mendelsche Gesetz zur Anwendung bringen läßt, sowie man das Prinzip der einheitlichen Disposition zugrunde legt", oder S. 233: „gleichzeitig erhellt . . . . . , wie sehr die Annahme der einheitlichen Disposition manche Fragen nach Vererbungs-Gesetzen vereinfacht, die bei der für jede Krankheitsform spezifischen Disposition kaum lösbar erscheinen" und S. 245: „als tatsächliches Ergebnis ist in der Hauptsache nur das festzuhalten, daß nach unserem Material die Vererbung von Geisteskrankheiten keineswegs eine gleichartige ist, daß vielmehr in allen Generationen einer Familie sich alle nur denkbaren Formen geistiger Erkrankung finden können, und daß in dieser Beziehung zwischen organischen und funktionellen Krankheiten kein merkbarer Unterschied besteht. Darüber hinaus scheint mir der Schluß berechtigt zu sein, daß allen Formen geistiger Erkrankung eine gemeinsame und einheitliche Disposition zugrunde liegt, deren Vorhandensein ich darum fast mit Sicherheit annehmen möchte, weil wenigstens an meinem Material auch in den Familien, in denen sich die verschiedensten Formen von Geisteskrankheiten finden, das Mendelsche Gesetz in irgend einer seiner Variationen unbedingt Geltung zu haben scheint."

Plates Vermutung bezüglich der Vererbung der Geistesstörungen habe ich bereits S. 23 dieser Arbeit wiedergegeben.

Seit Anbruch der Mendelistischen Ära kann man nun solche Anschauungen für manche äußerlich recht verschieden, aber doch familiär auftretende Merkmale (z. B. Variationen der Färbung) sogar mathematisch begründen und es liegt daher nahe, dies auch auf dem Gebiete der Psychiatrie zu versuchen.

Ein Versuch, die Frage zu prüfen, wurde denn auch schon von Heron an Hand eines sehr großen Materials gemacht. Er ist dabei freilich zu einem negativen Resultat gekommen. Allein möge der Schluß, den er aus seinen Untersuchungen zieht, an und für sich richtig sein, begründet ist er nicht, da die Methode der Untersuchung nicht modernen Anforderungen entspricht. Vielleicht mußte das Resultat auch deshalb negativ sein, weil allzu differente Geistesstörungen zusammengeworfen wurden. Sei dem wie ihm wolle, jedenfalls beweisen die Heronschen Untersuchungen nichts gegen ein wirkliches Vorkommen der Vererbung einer generellen Disposition auf psychiatrischem Gebiete, da sie mit untauglichen Mitteln angestellt sind.

Andererseits wird man sich auch kaum mit so allgemeinen, durch den bloßen Eindruck vermittelten Anschauungen wie denen von Schuppius begnügen können, da diesen Eindrücken ja jene gegenteiligen entgegenstehen, welche so manche Autoren zur Überzeugung vom Vorwalten, wenn nicht alleinigen Vorkommen einer sogenannten gleichartigen Vererbung geführt hat.

Es gilt also auch hier, exakt und nach statistischen Grundsätzen vorzugehen, um die scheinbar so gegenteiligen Eindrücke und Behauptungen der Autoren unter den Hut gesetzmäßigen Geschehens zu bringen.

Die so formulierte Frage der Vererbung einer einheitlichen Disposition zu irgendwelcher Geistesstörung, nicht jeder einzelnen Störungsart für sich getrennt, kann aber nur durch lange, mühsame Arbeit beantwortet werden. Sie ist freilich nicht unlösbar. Sie müßte in der Weise geschehen, daß unter der Voraussetzung, daß die einzelnen Psychosen und geistigen Defekte sich im Erbgang substituieren können, unterschiedslos jeder geistig Kranke oder Defekte, der in einer gegebenen Zeit an einem gegebenen Ort eingeliefert wird, auch auf die geistige Beschaffenheit seiner Geschwister und seiner beiden Eltern hin untersucht würde. Bei der Verarbeitung des Materials würde dann wiederum jeder zu der betreffenden Zeit in der betreffenden Anstalt gewesene Psychotiker als Proband gezählt werden müssen, ohne Rücksicht auf die Art der Psychose, und jeder durch Forschung ermittelte Psychotiker als Sekundärfall.

Wäre ein gegebenes Material in einem gegebenen Zeitraum zu groß, so könnte auch nach dem Zufall (jede zweite, jede dritte Aufnahme) ausgeschieden werden.

Zur statistischen Lösung der Frage der generellen Vererbung wäre dann ferner

1. festzustellen, welche Eltern als „geisteskrank" (irgendwie) zu gelten haben,
2. sodann eine Gruppenbildung vorzunehmen von
   RR × RR-Kreuzungen (beide Eltern geisteskrank).
   RR × DR-Kreuzungen (ein Elter geisteskrank).
   DR × DR-Kreuzungen (beide Eltern **nicht** geisteskrank).

Die Schwierigkeiten liegen hier weniger auf dem statistischen Gebiete der Verarbeitung, als auf dem der klinischen Taxierung.

Wo hört z. B. die Psychopathie auf und fängt die geistige Gesundheit an? Oder sollen Psychopathen, Hysteriker, Alkoholisten (und welchen Grades?) überhaupt nicht mitgezählt werden? Und wie ist es mit den exogenen Psychosen, mit den senilen, organischen, syphilitischen Psychosen, Psychosen bei Hirntumor, bei Infektionskrankheiten usw. Sind „Krämpfe" in der Kindheit auch der Ausdruck einer psychopathischen oder psychotischen Anlage (wie das in amerikanischen Arbeiten angenommen wird) und müssen sie mitgezählt werden?

Meiner Ansicht nach können alle diese Fragen nicht auf Anhieb gelöst werden. Man wird sich durchtasten müssen. Man wird allmählich erst, durch viele klinische Einzeluntersuchungen und zahlreiche statistische Gruppierungen herauszubekommen versuchen müssen, welche psychopathischen und psychotischen Zustände gewissermaßen als erbäquivalent zu betrachten sind und welche nicht.

Man wird mehrere Berechnungen auf der Grundlage der verschiedensten Voraussetzungen, was Taxierung nach Erbäquivalenz

anbelangt, vornehmen müssen. Man wird das eine Mal die Alkoholpsychosen oder die syphilitischen Psychosen hinzuzählen, das andere Mal weglassen. Dasselbe wird man mit den senilen Zuständen tun. Nur wird man immer im klaren sein müssen, wie man das Material gesammelt hat, wie man klinisch taxiert hat und was und wieviel man hinzugezählt, was und wieviel man außer Berechnung gelassen hat.

Das für die Frage gesetzmäßiger Vererbung auch unter Psychiatern immer steigende Interesse wird dann schon das Richtige aus dem Unhaltbaren auszusortieren verstehen.

Eine befriedigende Lösung dieser Aufgabe mit Rücksicht auf die Frage, in welchen Proportionen sich die psychopathische Anlage im zunächst angenommenen Sinne vererbt, wird schwer zu finden sein, und man wird es dabei kaum allen jenen Recht machen, welche Anhänger der Vererbung einer allgemeinen Disposition sind, da jeder wieder besondere Einschränkungen des Bereiches vornehmen wird, innerhalb welchem die Erbäquivalenz Geltung haben soll.

I. Zunächst könnte man zur psychotischen Veranlagung vielleicht alle jene vom Durchschnitt abweichenden Zustände des Zentralnervensystems rechnen, welche überhaupt vom Psychiater als solche bezeichnet werden und täglich Gegenstand seiner Fürsorge, sowohl innerhalb wie außerhalb der Anstalt sind.

Also endogene wie exogene Psychosen, geistige Schwächezustände und Psychopathien, sowie Vergiftungszustände, welche auf dem Boden psychopathischer Veranlagung erwachsen.

II. Von dieser Gruppe könnte man sodann die exogenen Psychosen ausscheiden (traumatische Psychosen, akute und chronische Vergiftungen, alkoholische, syphilitische und metasyphilitische Psychosen, syphilitische Neurasthenie, gummöse Geschwülste, syphilitische Pseudoparalyse (einfache Demenz, delirante Form, expansive Form, Korssakowsche Form, apoplektische Hirnlues, syphilitische Epilepsie, paranoide Formen, Erbsyphilis, Tabespsychosen, Paralyse).

Ferner „Irresein bei Hirnverletzungen (Hirnerschütterung), traumatisches Delirium, traumatische Epilepsie, traumatischer Schwächezustand", Fieberdelirien und Infektionsdelirien, Amentia (Akute Verwirrtheit). Infektiöse Schwächezustände, thyreogenes Irresein, Psychosen bei Morbus Basedowii, myxödematöses Irresein, Kretinismus.

III. Eine noch engere Gruppe bliebe nach weiterer Ausscheidung sogenannter organischer Störungen: Tumoren, präseniles Irresein, arteriosklerotisches Irresein, Altersblödsinn, Alzheimersche Krankheit, Irresein bei Hirnerkrankungen.

a) Umschriebene Hirnerkrankungen: Meningitis (Tuberculosa, epidemica), Hirngeschwülste, Hirnabszesse, Hirnblutungen, Embolien, Thrombosen, Enzephalitis, wobei man sich freilich klar sein wird, daß eine Trennung dieser Gruppe von der Gruppe II nicht völlig möglich ist.
b) Ausgebreitete Hirnerkrankungen: multiple Sklerose, lobäre Sklerose.
c) Familiäre Hirnerkrankungen: Huntingtonsche Chorea, amaurotische Idiotie (Tay-Sachs und Spielmeyer-Vogt). Aplasia axialis extra-corticalis congenita.

IV. Ferner kann man auch noch die Psychopathen ausscheiden, so daß dann nur Psychosen minus exogenen und organischen Psychosen, sowie Psychopathen übrig blieben, d. h. in der Hauptsache nur das manisch-depressive Irresein, die paranoischen und paranoiden Zustände, die Dementia praecox, die genuine Epilepsie, die Hysterie.

V. Sodann könnte man, vielleicht etwas willkürlich, sämtliche Grenzzustände, also sämtliche Psychopathien aus Gruppe I **ausschließen** und **nur eigentlich psychotische Zustände** (inklusive der endogenen, exogenen und organischen) in eine Gruppe sich erblich substituierender Störungen zusammenfassen.

Zur Prüfung der Frage der Gültigkeit einer generellen Vererbung auf psychiatrischem Gebiete scheint mir mein eigenes gegenwärtiges Material nun aber nicht ganz einwandfrei zu sein. Es ist ausschließlich nach Sicherheit der Diagnose der Dementia praecox ausgelesen, und es wäre wohl denkbar, daß an ein durchschlagendes Vorkommen der Dementia praecox nur bestimmte Anomalien auf geistigem Gebiete vorwiegend geknüpft wären. Bei einer allgemeinen Gültigkeit der generellen Vererbung auf psychiatrischem Gebiete freilich müßte auch ein meinem eigenen ähnliches Material zur Aufdeckung der Sachlage geeignet sein, wenn es nur abgestorbene Generationen beträfe und wenn auch die außerhalb der Klinik zur Beobachtung gelangten Psychosen nach Art und Häufigkeit gleich sicher festgestellt werden könnten, wie die in der Klinik hospitalisierten Dementia praecox-Fälle selbst. Das ist aber leider nicht der Fall, weshalb wohl zur Erreichung einer gleichmäßigen Konstatierung aller psychotischen Zustände nur der eine Weg zu beschreiten ist, der darin besteht, daß man für jede Diagnose getrennt vom Klinikmaterial ausgeht in der S. 141 beschriebenen Weise.

Diesen Weg habe ich bereits für eine Reihe von Diagnosen beschritten, jedoch zurzeit noch kein genügendes Material zur Verfügung.

Es soll daher von einer statistischen Verarbeitung meines Materials nach diesen Gesichtspunkten zurzeit noch Abstand genommen und nur versucht werden, die Frage der polymorphen Vererbung an Hand meines Materials in großen Zügen zu besprechen als Ergänzung zu dem in Kapitel 4 bereits Gesagten.

Daß auch andere Psychosen, welche zweifellos klinisch anders als Dementia praecox zu bewerten sind, neben ausgesprochener Dementia praecox in den Familien auftreten, ist sicher, wenn überhaupt die große Bedeutung deutlicher und eingreifender klinischer Unterschiede der verschiedenen geistigen Erkrankungen und Abnormitäten festgehalten werden will. Psychosen und Defekte anderer Natur kommen, wie wir im vorhergehenden Kapiteln gesehen und besonders noch im 11. Kapitel sehen werden, nicht bloß bei den Geschwistern, sondern auch bei den Eltern, Onkel und Tanten, Cousins und Cousinen usw. der Dementia praecox-Kranken vor.

Es entsteht nun die Frage: Ist dieses Zusammentreffen reiner Zufall? Oder sind diese anderen Geistesstörungen vielleicht auf andere, in einem oder mehreren zugeheirateten Stämmen vorhandenen und von der Dementia praecox-Erb-Tendenz verschiedenen erblichen Tendenzen zurückzuführen? Oder sind sie vorwiegend exogen entstanden, wie vielleicht etwa die Hirnsyphilis, die Alkoholpsychosen u. dgl., ohne nennenswerte Erbanlage? Oder hängt dieses Auftreten der anderen Psychosen und Defekzustände vielleicht innerlich mit dem

Auftreten der Dementia praecox auf dem Weg eines und desselben, wenn auch kompliziert spaltenden Vererbungsvorganges zusammen oder sonst mit einer gemeinsamen Ursache?

Die Berechtigung dieser letzteren Frage, die ich zum Teil schon früher zu beantworten versucht habe, dürfte hervorgehen aus den mannigfaltigen äußeren und inneren Verwandtschaftsbeziehungen, welche die geistigen Störungen und Defektzustände vom klinischen sowohl, als auch anatomischen Gesichtspunkte darzubieten scheinen und die sich jedem Psychiater aufdrängen, wo er an die allgemeine Symptomatologie denkt und wo ihm nicht gerade die klinische Ausprägung von typischen Krankheitsbildern entgegentritt.

Sie geht aber besonders hervor aus dem Eindruck der relativen Häufigkeit, den man von dem Vorkommen von anderen psychotischen Zuständen in den Dementia praecox-Familien empfängt.

Wenn in den 701 Familien der Statistik auf Tabelle 9, S. 29 auf 721 Probanden-Dementia-praecox, d. h. Dementia praecox der Klinik neben 44 durch Forschung ermittelten weiteren Dementia praecox-Geschwistern (Sekundärfälle von Dementia praecox) noch 79 andere Psychosen, die Psychopathen nicht eingeschlossen, kommen, also 1,65% unter den Gesamtgeschwistern (die klein Gestorbenen usw. eingeschlossenen), so ist das immerhin eine recht erhebliche Zahl von Beobachtungen, die sehr wohl der Ausdruck für ein Teilprodukt eines und desselben Vererbungsvorganges sein könnte, als dessen Ergebnis auf der anderen Seite die Dementia praecox zutage tritt. Ja, wir sehen sogar, daß nach der Weinbergschen Methode (siehe die Ausführungen auf S. 51) die „anderen Psychosen" prozentuell fast ebenso stark unter den Gesamterfahrungen der Probanden-Dementia-praecox vertreten sind, wie die Dementia praecox-Erfahrungen dieser Probanden selbst. Freilich wird dieser Befund dadurch etwas eingeschränkt in seiner Bedeutung für den in Rede stehenden Zusammenhang, daß von den 79 anderen Psychosen sich nachträglich noch Fälle als sichere, wahrscheinliche oder mögliche Fälle von Dementia praecox erwiesen haben (siehe die Ausführungen auf S. 160 und folgende). Diesem Ausfall gegenüber aber stehen die zwar noch nicht definitiv ausgezählten, aber in diesen Familien doch recht häufigen psychopathischen Persönlichkeiten, die ebenfalls als in nervöser Beziehung von der Norm stark abweichend betrachtet werden müssen, ohne daß man sie als mit der Dementia praecox identisch oder auch nur wesensverwandt auffassen könnte.

Jedenfalls kann aber in dieser Richtung ein anderer wichtiger Befund in meinem Material noch viel weniger ein Zufall sein, nämlich die Tatsache, daß, trotzdem mein Material sicher kein nach Belastung ausgelesenes, sondern rein nach dem Zufall (d. h. nach Sicherheit der Diagnose Dementia praecox beim Kinde) gesammeltes ist, in ihm doch in jedem vierten bis fünften Falle bei den Eltern meiner Dementia praecox-Probanden Geisteskrankheit in irgendwelcher Form vorgekommen ist. Es ist das eine sehr erhebliche Zahl, da man wohl, bis Gegenbeweis erfolgt — ich selbst habe eine solche Untersuchung angefangen — die ungeheuerliche Annahme ablehnen muß, daß in der breiten Bevölkerung jede vierte bis fünfte Geschwister-Serie mindestens einen geisteskranken Elter besitzt. Wie gesagt sind die Geistesstörungen dieser Eltern dabei verschiedener Natur. Ich glaube, es geht aus diesem sorgfältig erhobenen statistischen Befund einwandfrei hervor, daß die Häufigkeit von Geistes-

störung überhaupt bei den Eltern Dementia praecox-Kranker kein zufälliges Ereignis ist, da wir ja sonst in der Gesamt-Bevölkerung dieses Verhältnis auch finden müßten, was ja wohl zum mindesten recht unwahrscheinlich ist, besonders deshalb, weil ja mit meinen statistisch zunächst erfaßten „Geistesstörungen" nicht etwa bloß einfache Psychopathien gemeint sind[1]).

Wie dieser Befund zu deuten ist, wurde in Kapitel 4 bereits gestreift und soll später auch noch exakt zu ergänzen versucht werden. Hier sei nur noch eine Übersicht über das Material gegeben (Tabelle 62).

Tabelle 62 (zu S. 145).

Minimalzahlen				
Summe der Geschwister-Serien welche mindestens 1 Dementia praecox enthalten (repräsentatives Material)	Es besitzen davon mindestens 1 geisteskranke Elter	Also Prozentsatz der elterlich belasteten Geschwister-Serien (143 geisteskranke Eltern auf 701 Geschwister-Serien)	Es besitzen 2 geisteskranke Eltern	Also Prozentsatz der geisteskranken Eltern überhaupt (153 geisteskranke Eltern auf 1402 Eltern überhaupt)
701	143	ca. 20 %	10	10,9 %

Mir scheint doch der große Prozentsatz, in welchem Eltern von Dementia praecox-Kranken aus irgendeinem Grunde an irgendwelcher Form geistiger Störung gelitten haben, darauf hinzudeuten, daß wir hier eine ans Tageslicht tretende krankhafte Disposition des Nervensystems vor uns haben, welche in der Genese der Dementia praecox-Kinder eine nicht unwesentliche Rolle spielt.

Es könnte ja nun sein, daß der Geistesstörung des Elters[2]) und der Dementia praecox des zugehörigen Kindes ein gemeinsamer, sagen wir z. B. ein auch keimschädigender Faktor zugrunde liegt. Das halte ich aber für unwahrscheinlich, denn in der überaus größten Zahl der Fälle sind bei diesen Eltern, die Geisteskranke sind, irgendwie zureichende schädliche äußere Faktoren, die man sowohl für die Entstehung der eigenen Psychose als auch für diejenige des Kindes verantwortlich machen könnte, nicht zu entdecken.

Wahrscheinlicher ist mir vorläufig, daß die Geistesstörung des Elters und die Dementia praecox des zugehörigen Kindes Produkte komplizierter Spaltungsvorgänge sind, wie wir ja Analoga auf normal-morphologischem Gebiete im Tier- und Pflanzenreich die Menge haben. (Farbeneffekte, durch synthetische und analytische Vorgänge an Erbkomplexen, vgl. dazu auch S. 52 und folgende.)

Ich halte also, ohne allerdings dafür jetzt schon Mendelsche Zahlenverhältnisse zum Beweise dafür geltend machen zu können, die Annahme nicht für unbegründet, daß die psychotischen Eltern der Dementia praecox-

[1]) Als Geistesstörungen habe ich nur wenige ganz schwere Anstaltspsychopathien mitgezählt.

[2]) Und ihrer Trunksucht, denn ich erinnere daran, daß von den Eltern, welche frei von Geistesstörung geblieben sind, noch 80 Trinker waren, so daß auf 701 Elternpaare 229 Elternpaare kommen mit Geisteskrankheit oder Trunksucht eines Elternteils, so daß also in jeder 3. Elternschaft entweder Geisteskrankheit bei einem oder beiden Eltern oder Trunksucht bei dem Vater (zumeist) oder der Mutter vorhanden ist.

Kranken sich mehr als gesunde Eltern aus gesunden Stämmen durch Bildung von Keimen (und in den Keimen geborgenen Anlagekomplexen) auszeichnen, aus denen zwar allein sich Dementia praecox nicht entwickeln kann, die aber durch die ebenfalls eigenartige Beschaffenheit der Keime des Partners bei der Befruchtung irgendein Supplement zugeführt bekommen, d. h. durch irgendein noch fehlendes Anlage-Substrat ergänzt werden, wodurch erst jenes Anlageganze geschaffen wird, aus dem sich dann eine Dementia praecox bilden kann.

Die gesetzmäßig quantitative Seite dieser Frage wird, wie ich schon betont habe, allerdings erst an Hand eines größeren und klinisch noch mit größerer Genauigkeit determinierten Materials bearbeitet werden können.

Für die Auffassung, daß das Auftreten der anderen Psychosen neben der Dementia praecox in der gleichen Geschwister-Serie kein zufälliges, d. h. von der gleichzeitigen Entstehung der Dementia praecox unabhängiges ist, spricht auch der Befund an den Stiefgeschwistern. Kann nachgewiesen werden, daß ein gehäuftes Auftreten der „anderen Psychosen" an die Vollgeschwisterfamilie (in welche die Probanden-Dementia-praecox eingeschlossen ist) in ähnlicher Weise wie das Auftreten der Dementia praecox selbst gebunden ist, so ist eben damit gleichzeitig deren Ursprung aus gemeinsamer väterlicher und mütterlicher Erbanlage, somit die innere Verwandtschaft ihrer Genese nachgewisen, also ein nur zufälliges Zusammenvorkommen ausgeschlossen. (Vgl. dazu das darüber im Kapitel Halbgeschwister Gesagte.)

So erweist sich auch hier wieder die Untersuchung an Stiefgeschwistern, die ich in Zukunft bei anderen Diagnosen noch eingehender auszubilden hoffe, als ein hervorragendes Mittel zur wissenschaftlichen Lösung brennender Streitfragen.

Ich möchte auf Grund des mir zurzeit zur Verfügung stehenden noch relativ kleinen Materials diese Frage allerdings noch nicht endgültig entscheiden.

Immerhin aber spricht der geringfügige Prozentsatz anderer Psychosen, den ich bei den Stiefgeschwistern meiner Dementia praecox-Probanden erhalten habe (1,70% gegen ca. 5% in den 701 Geschwister-Serien und die durchwegs noch höheren Prozentsätze auf Tabelle 31, S. 73) eher für ein gewisses Gebundensein derselben an das Auftreten der Dementia praecox.

Zumindest aber spricht der Befund nicht gegen diese Auffassung.

Es wird der weiteren sorgfältigen Untersuchung solcher zusammengehörigen Voll- und Halb-Geschwister-Familien vorbehalten sein, die angeregte Frage definitiv zu entscheiden, wobei auch als gleichzeitiges wissenschaftliches Abfallprodukt die Erkenntnis gewonnen werden wird, welche anderen Psychosen oder psychopathischen Zustände unzertrennliche, d. h. genetisch aneinander gebundene Begleiterscheinungen und welche anderen Psychosen oder psychopathischen Zuständen zufällige, d. h. genetisch voneinander unabhängige Begleiterscheinungen der Dementia praecox sind.

Denn im ersteren Falle werden wir sehr große Differenzen der Häufigkeit in Voll- und Halbgeschwister-Serie konstatieren können, im letzteren Falle aber sehr kleine.

Freilich wird diese Untersuchung nur unter voller Beachtung und Würdigung der verschiedenen klinischen Entitäten und nach deren genauer Feststellung mit Erfolg durchgeführt werden können.

Auch wird das quantitativ-gesetzmäßige Erscheinen bestimmter Formen von Geistesstörung bei Stiefgeschwistern und Vollgeschwistern natürlich auch erst dann nachgewiesen werden können, wenn größeres Material vorliegt und wenn auch die klinischen Formen der Eltern der Vollgeschwister und der Stiefgeschwister nach Qualität und Quantität ausgiebiger durchforscht sein werden.

11. Kapitel.

Klinische Beziehungen der Geistesstörungen in den Familien mit Dementia praecox.

Die Tatsache, daß in der engeren oder weiteren Familie bereits Psychosen (Dementia praecox) vorgekommen sind, soll den Diagnostiker daran denken lassen, daß es sich bei einer gegebenen ausbrechenden oder der Beurteilung unterliegenden Psychose um die gleiche klinische Form handeln könnte.

Diese Tatsache zwingt aber nicht unbedingt zu dieser Annahme, sie zwingt dazu nicht einmal für Geschwister oder für Elter und Kind.

Es wäre verhängnisvoll, wenn es Brauch werden sollte, aus mißverstandenen Vorstellungen über gleichartige Heredität heraus, Psychosen, welche jedem Unbefangenen klinisch oder gar ätiologisch bemerkenswerte Unterschiede aufweisen, als im Grunde doch gleichartig anzusehen und sie nur als Variationen ein und derselben Krankheit, ein und desselben Defektes zu erklären. Es wäre dies gleich verhängnisvoll für den klinischen Fortschritt wie für die Vererbungsforschung selbst.

Wir dürfen umgekehrt von weiteren, immer feineren klinischen Differenzierungen die größte Förderung auch für die Variationen des Erbganges erwarten und wenn auch, wie wir noch sehen werden, die klinische Betrachtungsweise sicherlich hier und da Gewinn aus den Lehren der genealogischen Forschung ziehen dürfte, so würde sich doch die Vererbungsforschung eine wichtige Quelle der Belehrung selbst verstopfen, wenn sie auf Grund zum Teil veralteter Vorstellungen über Heredität Wesensgleichheiten von Krankheitsprozessen da dekretieren würde, wo vom klinischen und gar ätiologischen Gesichtspunkte aus nicht die Ähnlichkeiten, sondern die Unterschiede überwiegen.

Nach meinen bisherigen Erfahrungen muß der Fall, daß die Geistesstörung der Eltern von Dementia praecox-Kranken keine Dementia praecox ist, jedenfalls keine ohne weiteres als solche erkennbare, als der häufigere bezeichnet werden. Es handelt sich dabei um Psychosen verschiedener Art, wie sie auf Tabelle 63, S. 148 und Tabelle 64, S. 150 aufgeführt sind.

Die Wiedergabe von Krankengeschichten muß angesichts des umfangreichen Stoffes einer späteren Veröffentlichung vorbehalten bleiben. Es sei jedoch bemerkt, daß auch von einem sehr großen Teil elterlicher Nicht-Dementia-praecox-Psychosen ausführliche Krankengeschichten vorhanden sind.

Tabelle 63 (zu S. 147 und folgende).

Übersicht über die klinischen Formen der Psychosen bei den Eltern der 701 Geschwisterserien mit mindestens einer Dementia praecox, mit nachträglicher Korrektur, die sich seit Abschluß der statistischen Verarbeitung ergeben hat.

A. Ein Elter psychotisch (131 mal)			Zahl der Psychosen	Davon Dementia praecox sicher, wahrscheinlich oder vielleicht
Sichere Dementia praecox			3	3 sicher
Nach Abschluß der Statistik erst sicher konstatiert, bei Familien-Nr. 236, 396, 685.				
Als **Dementia praecox** sind weiterhin, nach Beginn, Symptomenbild und Verlauf, noch mit großer Wahrscheinlichkeit wohl aufzufassen			8	8 wahrscheinl.
bei Familien-Nr. 3, 7, 10, 815, 852, 861, 865, 905.				
Organische Psychosen			35	1 vielleicht
im Sinne der Epilepsie	5	(Familien-Nr. 167, 342, 518, 525, 692),		
„ „ einer Psychose auf syphilitischer Basis	2	„ 884, 449),		
„ „ der Paralyse	6	„ 25 — hier Verdacht auf Dementia praecox —, 100, 114, 128, 283, 422),		
„ „ Seniler Psychose (Demenz Verwirrtheit, Verfolgungswahn)	12	„ 23, 58, 142, 176, 191, 292, 320, 433, 448, 585, 648, 785),		
„ „ Arteriosklerotisch-apoplektischer Psychose (Depressionen, periodische Zustände, postapoplektische Psychosen, arteriosklerotische „Gehirnerweichung")	10	„ 48, 60, 166, 198, 200, 302, 313, 317, 502, 540),		
Funktionelle Psychosen			65	9 vielleicht
im Sinne des manisch depressiven Irreseins	23	(Familien-Nr. 99, 189, 273 (Verdacht auf Dementia praecox), 289, 331, 373, 412, 469, 528, 580, 587, 635, 639, 673, 693, 712, 731, 798, 813 (Verdacht auf Dementia praecox) 833, 839, 849, 896).		

im Sinne der Hysterie und Psychogenie	**14**	(Familien-Nr. **147, 192, 262, 276, 336, 379, 408, 461, 496, 500, 556, 653, 669, 725),**		
„ „ von Depression mit und ohne Suizid im mittleren Alter	**13**	„	**76, 77, 80, 160, 287 (Verdacht auf Dementia praecox), 291, 390, 393, 463, 498, 566 (Verdacht auf Dementia praecox), 606 (Verdacht auf Dementia praecox), 638 (Verdacht auf Dementia praecox),**	
„ „ klimakterischer Depression	**6**	„	**26, 217, 567, 622, 664, 787),**	
„ „ Puerperal-Psychosen	**4**	„	**274 (Verdacht auf Dementia praecox), 281, 603, 655),**	
„ „ Depression im Alter	**3**	„	**478, 557, 675),**	
„ „ eines Querulantenwahnes	**1**	„	**910),**	
„ „ schwer degenerativ-hysterischer Psychose .	**1**	„	**82 (Verdacht auf Dementia praecox),**	
Unbekannte vorübergehende oder periodische Psychosen . . . . . bei Familien-Nr. 170, 329, 452, 487, 497.			**5**	—
Unbekannte Psychosen . . . . . bei Familien-Nr. 235, 264, 284, 309, 451, 520, 545 (Verdacht auf Dementia praecox), 562, 568, 577.			**10**	**1 vielleicht**
Alkohol-Psychosen . . . . . bei Familien-Nr. 40, 59, 177, 221, 251, 431, 481 (Verdacht auf Dementia praecox).			**7**	**1 vielleicht**
		Summen	**133**	**23**

Tabelle 64 (zu S. 147 und folgende).

B. Beide Eltern psychotisch (10 mal).			Zahl der Psychosen	Davon Dementia praecox sicher, wahrscheinlich oder vielleicht
Sichere Dementia praecox			—	—
Als Dementia praecox mit Wahrscheinlichkeit aufzufassen			—	—
Organische Psychosen			7	—
im Sinne der Paralyse	2	(Familien-Nr. 652, 652).		
„ „ seniler Demenz	2	„ 4, 340).		
„ „ arteriosklerotischer Psychose, eventuell 1 symptomatische Psychose bei schwerem Herzleiden	3	„ 680, 777, 777),		
Funktionelle Psychosen			9	—
im Sinne des manisch-depressiven Irrseins	3	(Familien-Nr. 159, 265, 843),		
„ „ der Hysterie und Psychogenie	2	„ 159, 680),		
„ „ klimakterischer Depressionen, zum Teil vielleicht arteriosklerotische Psychosen	4	„ 265, 340, 519, 727),		
Ganz unbestimmte Psychose bei Familien-Nr. 843.			1	—
Näher nicht bestimmte Psychose, die aber Dementia praecox sein könnte bei Familien-Nr. 519.			1	1
Alkoholpsychosen bei Familien-Nr. 4, 727.			2	—
		Summen:	20	1

Tabelle 65 (zu S. 151 und folgende).

Übersicht über die klinischen Formen der Psychosen bei den Eltern der 34 Geschwisterserien mit 1 Dementia praecox-Elter.

	Zahl der Psychosen	Davon sicher oder wahrscheinlich od. vielleicht Dementia praecoxkrank
Eltern sicher Dementia praecox-krank	34	34 sicher
Organische Psychosen	2	—
im Sinne postapoplektischer Psychose, ob auf syphilitischer Basis unbekannt (Nr. 734, 816) 2.		
Funktionelle Psychosen	2	1 vielleicht
im Sinne schwerer Psychopathie 1, „ „ einer heilbaren Psychose im Mannesalter: Delirium acutum 1, vielleicht Dementia praecox mit lange dauernder und guter Remission.		
Summen:	38	35

Die aus diesen Zusammenstellungen sich ergebende Verteilung der klinischen Formen unter den Nicht-Dementia praecox-Psychosen der Eltern von Dementia praecox-Kranken ist insofern maßgebend, als sie wiederum die einem unausgelesenen Dementia praecox-Material der Häufigkeit nach entsprechenden elterlichen Psychose-Vorkommnisse wiedergibt.

Untersuchen wir zunächst, welche Schlüsse hinsichtlich des Erbganges wir ziehen können aus der Betrachtung solcher Fälle, wo eine Dementia praecox einen oder zwei geisteskranke Eltern hat, so sehen wir, daß nach der ursprünglichen statistischen Auszählung in $701 + 34 = 735$ unausgelesenen Geschwister-Serien mit mindestens einer Dementia praecox-Erkrankung nur in 34 Fällen der eine von den zwei Eltern wiederum an einer ausgesprochenen Dementia praecox leidet.

Dazu kommen weitere drei nachträglich, d. h. nach der ursprünglichen statistischen Auszählung als sicher festgestellte Fälle, zusammen also 37. Sehr wahrscheinlich als Dementia praecox aufzufassen sind 8 Fälle und bei $(1 + 9 + 1 + 1 + 1 + 1) = 14$ Fällen besteht ein Verdacht auf Dementia praecox.

Somit fallen von den auf die $701 + 34 = 735$ Geschwister-Serien treffenden 189 psychotischen Eltern überhaupt 59 sicher, sehr wahrscheinlich oder vielleicht als Dementia praecox aufzufassende Eltern, wobei also 130 Eltern an anderen oder noch nicht näher bekannten Psychosen (15 Fälle) litten.

Läßt man die noch unbekannten Psychosen außer Berechnung, so wird man wohl sagen können, daß ca. $^1/_3$ (d. h. 59 auf $174 = 33{,}9\,\%$) der Psychosen, welche beiden Eltern unserer Dementia praecox-Kranken gefunden werden, der Gruppe der Dementia praecox angehören, daß aber nur

in ca. $^1/_{12}$ bis $^1/_{13}$ aller der Geschwister-Serien überhaupt (735 : 59 = 12,45) ein Elter an derselben Krankheit, an Dementia praecox leidet wie das Probanden-Kind.

Nur in diesem verhältnismäßig geringen Ausmaß kann also mit Sicherheit, Wahrscheinlichkeit oder einem gewissen Verdacht nicht bloß von direkter Vererbung überhaupt, sondern von einer direkten gleichartigen Vererbung dieses Leidens gesprochen werden.

Dieser Konstatierung entspricht ungefähr auch der Befund, den wir erhalten, wenn wir umgekehrt von einer nach dem Zufall ausgelesenen Summe von Dementia praecox-Kranken mit Eltern-Eigenschaft an die Lösung der Frage einer direkten gleichartigen Vererbung dieses Leidens herantreten.

Wir haben das auf S. 188 im Kapitel „Die Frage der Dominanz der Anlage zu Dementia praecox" bereits gesehen, wo sich ergab, daß von den 81 zumeist außerhalb der Gefährdungszone befindlichen Nachkommen von 20 alten Eglfinger Dementia praecox-Kranken nur zwei an sicherer Dementia praecox leidende Individuen konstatiert werden konnten.

An der Spitze der Psychosen der Eltern unserer 735 Geschwister-Serien, insoferne sie zur Zeit des Abschlusses der Statistik von der Gruppe sicherer Eltern-Dementia-praecox auszuschließen waren, marschieren in der Gruppe der vereinzelt elterlichen Psychosen übrigens nicht die Dementia praecox-Psychosen, sondern die „funktionellen" Psychosen im Sinne hauptsächlich der manisch-depressiven, klimakterischen, psychogenen, Puerperal-Psychosen usw. (nähere Spezifierung siehe S. 148 und folgende) mit 65 Fällen. Wenn wir 9 möglicher- oder wahrscheinlicherweise doch noch der Dementia praecox-Gruppe zuzuzählende Fälle abziehen, sind es 56 Fälle für die Gruppe ein Elter psychotisch, 9 Fälle für die Gruppe beide Eltern psychotisch und 2 Fälle für die Gruppe Elter und Kind, wobei vielleicht 1 Fall noch als Dementia praecox aufzufassen ist, also insgesamt 66 Fälle, wobei also diejenigen, die doch noch wahrscheinlicher oder möglicherweise als Dementia praecox aufzufassen sind, schon abgezogen sind.

Wir können also sagen, daß ungefähr ein weiteres Drittel der Eltern-Psychosen, die bei unseren 735 Geschwister-Serien vorkommen, der Gruppe der sogenannten funktionellen Psychosen zuzurechnen sind, in der das manisch-depressive Irresein am stärksten vertreten ist (21 von 66 Fällen).

Die organischen Eltern-Psychosen sind mit folgenden Ziffern beteiligt: 35 Fälle in der Gruppe ein Elter psychotisch, wobei ein Elter vielleicht Dementia praecox-krank ist, 7 Fälle in der Gruppe beide Eltern psychotisch, 2 Fälle in der Gruppe Elter und Kind.

Also Summa 43 Fälle, nach Abzug desjenigen, der Verdacht auf Dementia praecox bietet.

Die Alkohol-Psychosen finden sich in folgender Häufigkeit: 7 Fälle in der Kategorie: ein Elter psychotisch, dabei bei einem Elter Verdacht auf Dementia praecox.

2 Fälle in der Kategorie: beide Eltern psychotisch.

Summa 8 Fälle nach Abzug des einen auf Dementia praecox Suspekten.

An noch nicht näher bestimmten Psychosen finden sich

15 Fälle (davon bei einem Fall Verdacht auf Dementia praecox) in der Gruppe ein Elter psychotisch.

2 Fälle (davon einmal Verdacht auf Dementia praecox) in der Gruppe beide Eltern psychotisch.

Summa 15 Fälle nach Abzug der 2 Fälle, wo Dementia praecox-Verdacht besteht.

Es machen also wieder reichlich $^1/_3$ aller Eltern-Psychosen (66 Fälle) aus: die organischen (43 von 66) Fälle, die klinisch noch unbestimmten oder nicht mehr bestimmbaren (15 von 66) und die Alkohol-Psychosen (8 von 66) zusammengenommen.

Dürfte das Vorhergehende ein beim gegenwärtigen Stande der Untersuchung an einem repräsentativen Material ziemlich getreues, auch hinsichtlich der relativen Häufigkeit der verschiedenen elterlichen Psychosen ungefähr richtiges Bild geben[1]), so sei auch noch am Rest meines Materials untersucht, welche klinischen Psychoseformen bei den Eltern von Dementia praecox-Kranken zu finden sind. (Tabelle 66 und folgende.)

Schlüsse auf ihre verhältnismäßige Häufigkeit darf man aus diesem Material allerdings nicht ziehen, weil es ja nicht repräsentativ ist. Auch hier (Tabelle 66, S. 154) sehen wir also absolut die funktionellen (23), insbesondere manisch-depressiven (16), sowie die organischen (19) Psychosen sehr stark vertreten.

Es war zu erwarten, daß die Dementia praecox-Psychosen quantitativ hier eine etwas größere Rolle spielen würden als im repräsentativen Material, und zwar deshalb, weil mir zum Zwecke klinischer Studien und Vergleiche eine größere Reihe von Fällen, wo bei Elter und Kind Dementia praecox vorliegt, von den Direktoren anderer Anstalten auf meine Bitte hin zur Verfügung gestellt wurde. Es war also hier zu erwarten, daß die für statistische Zwecke unmaßgebliche Rolle solcher Sammlungen willkürlich ausgelesenen Materials zutage treten würde. Trotzdem machen die Dementia praecox-Fälle auch hier ca. $^1/_3$, d. h. 31,76% aller Eltern-Psychosen aus, woraus hervorgehen dürfte, daß auch im repräsentativen Material (Tabelle 63 u. 64) der erhaltene Dementia praecox-Prozentsatz unter den psychotischen Eltern eher zu hoch als zu niedrig eingeschätzt worden ist.

Zum Schlusse sei noch das Gesamtmaterial, repräsentatives und nichtrepräsentatives, zusammengezogen. Auch aus dieser Summe wird man aber keine Schlüsse auf die verhältnismäßige Häufigkeit der verschiedenen Psychoseformen bei den Eltern von Dementia praecox ziehen dürfen. Die Zusammenfassung soll also nur einen Eindruck von der doch recht großen absoluten Zahl psychotischer Vorkommnisse bei den Eltern vermitteln, welche man nicht als Dementia praecox auffassen kann.

Der Häufigkeit nach verteilen sich die 276 Psychosen, welche wir bei den Eltern der 813 Geschwister-Serien (701 + 34 + 78, also repräsentatives

[1]) Es ist aber selbstverständlich, daß erst nach ganz genauer klinischer Unterbringung einer erheblich größeren Zahl von solchen Eltern-Psychosen, welche nicht als sichere Dementia praecox aufgefaßt werden können, an die Lösung der Frage der mendelistischen Bedeutung dieser verschiedenen Psychoseformen im Sinne der Ausführungen auf S. 78 und folgende herangegangen werden kann.

Tabelle 66 (zu S. 153).

Übersicht über die klinischen Formen der Psychosen bei den Eltern von 78[1]) Geschwisterserien (mit mindestens einer Dementia praecox), deren Eltern ebenfalls irgendwie geisteskrank sind. Diese Familien sind **nicht** repräsentativ, das heißt stellen eine künstliche Auslese dar, weil sie von mir zum Teil von außerhalb der Klinik erbeten wurden, als interessante, bemerkenswerte Fälle.

(In ihnen sind enthalten, die restigen 18 Familien, wo Elter und Kind Dementia praecox-krank sind und weitere Fälle aus Eglfing, Deggendorf, Gabersee, Bayreuth, Kutzenberg, Kennenburg usw.
Schließlich die Familien weiterer Fälle von Dementia praecox, welche sich in meinen Probanden-Familien oder in den Familien sonstiger Psychose-Fälle der Klinik fanden.)

	Zahl der Psychosen	Sichere Dementia praecox oder Verdacht auf Dementia praecox
Sichere Dementia praecox (die 18 Fälle der restigen Familien mit Elter und Kind Dementia praecox)	18	18 sicher
Weitere **sichere** Fälle von **Dementia praecox**	3	3 sicher
Verdacht, zum Teil sehr starker, **auf Dementia praecox**	6	6 Verdacht
Organische Psychosen	19	—
im Sinne der senilen Psychose 10		
Auf apoplektischer und arteriosklerotischer Basis 4		
Paralyse 1		
1 Psychose auf syphilitischer Basis 1		
1 Psychose auf Grund gestörter Herzkompensation 1		
2 Psychosen mit epileptischen Anfällen 2		
Funktionelle Psychosen	23	—
im Sinne des manisch-depressiven Irreseins 16		
„ „ klimakterischer Psychosen 6		
„ „ einer Depression mit Suizid im mittleren Alter . . . 1		
Alkohol-Psychosen	5	—
Unbekannte Psychosen	11	—
Summen:	85	27

[1]) In 7 Geschwisterserien sind beide Eltern geisteskrank, davon ist in 3 Fällen 1 Elter Dementia praecox-krank.

und nichtrepräsentatives Material zusammengezogen) finden, nach folgender Rangordnung:

a) 190 Nicht-Dementia praecox-Psychosen.

Funktionelle	89	(Dazu 10 vielleicht Dementia praecox, zu Dementia praecox gerechnet.)
Davon Manisch-depressive	40	
Klimakterische Depressionen	16	
Hysterien, psychogene Störungen	16	
Depressionen mit und ohne Suizid in mittlerem Alter	9	
Puerperalpsychosen	3	
Depressionen im Alter	3	
Querulanten-Wahn	1	
Schwere Psychopathie	1	
Organische	62	(Dazu 1 vielleicht Dementia praecox, zu Dementia praecox gerechnet.)
Davon Senile Psychosen	24	
Arteriosklerctisoh - apoplektische Störungen	19	
Paralysen	10	
Psychosen mit epileptischen Anfällen	7	
Syphilitische Basis	3	
Psychose mit gestörter Herzkompensation	1	
Unbekannte vorübergehende oder periodische Psychosen	16	
Alkohol-Psychosen	13	(Dazu 1 vielleicht Dementia praecox, zu Dementia praecox gerechnet.)
Unbekannte Psychosen	10	(Dazu 2 vielleicht Dementia praecox, zu Dementia praecox gerechnet.)

b) 86 Psychosen, die sicher, wahrscheinlich oder vielleicht Dementia praecox-Psychosen sind.

Sicher	58
Wahrscheinlich	8
Vielleicht (Verdacht auf Dementia praecox)	20

Schlüsse aus der Art der Geistesstörung bei den Eltern auf die Art der Geistesstörung bei den Kindern, rein aus der genealogischen Tatsache der psychotischen Erkrankung eines Elters, lassen sich nach dem bisher Mitgeteilten zunächst nur mit größter Vorsicht ziehen.

Die erste Frage ist die, welche Psychoseformen lassen sich unter den Kindern von Dementia praecox-Kranken überhaupt erwarten? Insbesondere inwiefern und in welchem Ausmaß läßt sich **Dementia praecox** bei den Kindern Dementia praecox-Kranker erwarten und welche Schlüsse lassen sich von einem Dementia praecox-kranken Elter aus hinsichtlich des Ausbruchs und der klinischen Form andersartiger Psychosen beim Kinde ziehen?

Auch hier ist mit Schlußfolgerungen zurzeit noch größte Zurückhaltung geboten.

Der Grund dafür liegt, wie oft schon betont, wiederum darin, daß die moderne klinische Psychiatrie sowohl, als auch die systematisch klinisch vergleichende psychiatrische Genealogie noch recht junge Zweige der Wissenschaft sind.

Wir sind daher leidlich von den klinischen Formen der gegenwärtigen Generation unterrichtet, aber verhältnismäßig schlecht von gut charakterisierten Krankheitsformen in der vorhergehenden Generation, so daß es insbesondere schwer wird, ein genügend großes Material an sicheren Dementia praecox-Erkrankungen der vergangenen Generation mit den zugehörigen klinisch ebenfalls gut charakterisierten Nachkommen zu erlangen.

Immerhin scheint mir aber nach dem bereits Mitgeteilten zunächst der Schluß doch festzustehen, daß von 20 Eltern, die an Dementia praecox leiden, etwa 2 . . . also 10% der erkrankten Einzel-Eltern unter ihren Kindern wiederum Dementia praecox-Kranke zu erwarten haben werden, bei einer Kinderzahl von 81, also 4 Kindern pro Ehe, oder anders ausgedrückt, daß die Chance der Nachkommen von Dementia praecox-Kranken, wiederum wie einer ihrer Eltern an Dementia praecox zu erkranken, sich verhält etwa wie 2:81 oder wie 2,469:100 oder wie etwa $^1/_{40}$.

Ist also die Wahrscheinlichkeit, mit der Kinder von Dementia praecox-Kranken ein gleichartiges Erbe von ihren Eltern zu erwarten haben, immerhin nicht gerade hervorragend groß, so fällt es zeugungsprognostisch doch jedenfalls unverkennbar in Betracht.

Ob im Einzelfalle nun eine beim Kinde einer Dementia praecox ausbrechende Psychose wiederum eine Dementia praecox ist, das festzustellen wird natürlich doch zurzeit, bevor wir weitere genealogische Kriterien gewonnen haben, immer noch in der Hauptsache der Feststellung auf dem Wege klinischer Diagnostik vorbehalten bleiben.

Dagegen möchte ich nach meinen bisherigen Erfahrungen die Kinder von Dementia praecox-Kranken vor **manisch-depressivem Irresein** als praktisch ziemlich immun bezeichnen. (Siehe jedoch S. 158, Ziff. 5.)

Weder unter den 20 unausgelesenen alten Eglfinger Dementia praecox-Kranken, noch unter den 34[1]) Klinik-Dementia-praecox-Fällen meiner Statistik auf S. 61, Tabelle 22, noch unter den S. 62, Tabelle 23 zusammengestellten Dementia praecox-Eltern anderer Herkunft, noch unter mehreren weiteren sicheren Dementia praecox-Fällen meines Materials mit psychotischen Nachkommen fand ich irgendeinen sicheren Fall von manisch-depressivem Irresein in der allbekannten klassischen Ausprägung, was um so auffallender ist, als sich

[1]) Vergleiche dagegen den als Hypomanie bezeichneten Fall auf S. 158, Ziff. 5 (er ist aber katamnestisch nicht erhärtet) und den Fall sub 1 auf S. 158, 4. Textzeile von unten.

unter diesen Nachkommen klassische Ausprägungen von Dementia praecox ja in ausreichender Menge finden und als ja auch in manchen Familien (Geschwister Serien) neben Dementia praecox-Geschwistern manisch-depressive Geschwister vorkommen. Nur liegt eben in diesen letzteren Fällen keine Dementia praecox bei den Eltern vor, sondern irgendeine andere Geisteskrankheit.

Ich habe auch vorbehaltlich einer der Vollendung entgegengehenden systematischen Bearbeitung des zirkulären Irreseins, bei einer Durchmusterung der elterlichen Psychose-Arten der Manisch-Depressiven unserer Klinik bisher keine Dementia praecox entdecken können.

Klinisch-diagnostisch ergibt sich daraus der Schluß, daß bei Kindern Dementia praecox-Kranker hinsichtlich einer Neigung zur Annahme von manisch-depressivem Irresein praktisch jedenfalls die denkbar größte Zurückhaltung geboten erscheint, während man umgekehrt, wie wir noch sehen werden, unter den Nachkommen von zirkulären Eltern Dementia praecox-Kinder wohl findet, also bei psychotisch gewordenen Kindern Manisch-Depressiver eindeutige Erfahrungen genealogischer Natur nicht zu Rate ziehen kann und daher nur in klinisch klassisch ausgeprägten Fällen mit Sicherheit auch eine entsprechend günstige Prognose wird stellen dürfen.

Ich will es aber keineswegs für alle Zeiten ausschließen, daß Dementia praecox-Eltern auch wirklich manisch-depressive Kinder haben könnten. Es ist denkbar, daß in einem sehr großen Material sich doch auch solche Fälle noch finden können. (Vielleicht ist die auf S. 158, Z. 5 erwähnte Kranke ein solcher Fall.)

Hinsichtlich der weiteren Frage, ob und in welchem Ausmaß **andere Psychoseformen** als die genannten unter den Kindern Dementia praecox-kranker Eltern vorkommen, sind apodiktische Antworten noch unmöglich. Ich kann daher nur eine rein kasuistische und ganz unvollständige Zusammenstellung der bisher in dieser Richtung von mir bei der Durchmusterung meines Materials entdeckten einzelnen Vorkommnisse geben und muß es einer späteren Veröffentlichung überlassen, in dieser Hinsicht auch quantitative Feststellungen zu machen[1]).

Zunächst seien hier, weil in gewissem Sinne repräsentativ, die folgenden Gruppen Revue passiert.

A. Nachkommen der 20 alten Fälle von Dementia praecox aus Eglfing, welche vielleicht an anderen Psychosen als Dementia praecox leiden. Genauer faßbar ist hier allerdings wohl nur eine senile Gehirnerweichung, Tod mit 71 Jahren.

Die anderen überlieferten Abnormitäten (siehe Kapitel: die Frage der Dominanz usw.): „nervenleidend", „nicht ganz recht", „nicht ganz recht, seit der Jugend unzurechnungsfähig", „spinnend" sind zu vage, als daß man sich

[1]) Die Lösung dieser Frage ist deshalb so schwierig, weil die Sicherheit der Diagnose Dementia praecox in dem Maße abnimmt, als das Alter der Eingelieferten hoch ist. Gerade die letzteren Fälle, die ich mich nicht zu verwerten getraute, haben aber die meisten und auch die ältesten Kinder, bei denen Psychosen schon Zeit zur Entwicklung gehabt hätten, währenddem das Gros meiner (sicheren!) Dementia praecox-Fälle eben erst Kinder hat, die in verhältnismäßig jugendlichem Alter stehen und daher in die Gefährdungszone für Psychosen zumeist noch gar nicht eingetreten sind. Auch die Verwertung alter Anstaltsfälle und ihrer Nachkommen ist aus diesen Gründen (Unsicherheit der Diagnose) mit Vorsicht vorzunehmen.

darüber irgendeine auch nur annähernd zuverlässige klinische Meinung bilden könnte.

Sicher sind hier nur die schon früher erwähnten 2 Fälle von Dementia praecox.

Dagegen sei nebenbei erwähnt, daß mir unter den Kindern eines der 20 Dementia praecox-Fälle noch ein Psychopath bekannt geworden ist, der sich gerne mit Erfindungen abgibt und zu grundloser Eifersucht gegen seine Frau neigt, sicher aber keine Dementia praecox ist.

B. Nachkommen der 34 Fälle von Dementia praecox-Eltern samt einem Dementia praecox-Kind (letzteres stets in Klinik), welche nach der statistischen Aufstellung S. 61, Tabelle 22 an anderen Psychosen als Dementia praecox leiden.

1. Fall, der wohl nach weiteren Nachrichten doch eine Dementia praecox ist. Beginn einer Psychose im 25. Altersjahr in Untersuchungshaft, danach 32 Jahre lang bis heute andauernd [1]).

2. Fall, Epilepsie oder wenn auch nur mit entfernter Wahrscheinlichkeit Dementia praecox mit epileptischen Anfällen. (Krankengeschichte der Münchener Klinik und der Kreis-Irrenanstalt Eglfing.)

3. Fall, von dem berichtet wird, daß er, im 32. Altersjahr stehend, in einer Irrenanstalt sich befinden soll.

4. Fall, taubstummer Geistesschwacher mit periodischen Erregungszuständen und angeblicher Zunahme der Geistesschwäche (summarischer Krankenbericht einer Kretinenanstalt), Verdacht auf Dementia praecox.

5. Fall, Hypomanie (Krankengeschichte der Münchener Klinik).

Hieraus ist zu ersehen, daß die Mehrzahl dieser „anderen Psychosen", d. h. 3 von 5 wohl doch auch noch sicher oder wahrscheinlich Dementia praecox-Fälle sein dürften, wogegen nur ein Fall für eine Hypomanie, die katamnestisch allerdings noch nicht erhärtet ist, sowie eine Epilepsie übrig bleibt.

C. Nachkommen der 18 Fälle von Dementia praecox-Eltern samt einem Dementia praecox-Kind (beide nicht in Klinik), welche nach der statistischen Zusammenstellung an „anderen Psychosen" als an Dementia praecox leiden (Tabelle 23, S. 62).

1. Suizid im 24. Altersjahr. Klinische Form der Störung, die dazu geführt hat, bis jetzt unbestimmbar.

2. Im 30. Altersjahr vorübergehende Schwermut.

3. Alkoholwahnsinn. (Krankengeschichte der Klinik.)

Bei Durchmusterung sämtlicher mir zur Verfügung stehenden übrigen Fälle von Dementia praecox, welche überhaupt psychotische Nachkommen haben, ergibt sich Folgendes, wobei auffällige Anstalts-Psychopathien mit in die Aufstellung aufgenommen wurden, jedoch wiederum ohne Verbindlichkeit für ihre verhältnismäßige Häufigkeit:

1. 3 geheilte Psychosen (davon 2 Dementia praecox-suspekt. Die dritte ging als manisch-depressives Irresein in einer Irrenanstalt, Katamnese bis jetzt nicht erhältlich.)

2. 3 Psychopathien (Krankengeschichten der Klinik).

[1]) Fall 1 hat außerdem noch einen Bruder, der vom ca. 35. Altersjahr ab psychotisch wurde (Schwachsinn mit periodischen Erregungszuständen und Eifersucht, alles ohne äußeren ersichtlichen Grund) und es nunmehr 10 Jahre lang bis heute ist. Er dürfte wohl auch eine Dementia praecox sein.

3. 1 Debilität (Krankengeschichte der Klinik).
4. 1 „Degenerative Psychose" (Kutzenberg), Dementia praecox-suspekt.
5. 1 Myelitis transvera, geistig aber der Bildungsstufe entsprechend.
6. 3 noch unbekannte Psychosen.

Die zweite wichtige Hauptfrage innerhalb der klinischen Beziehungen zwischen Elter und Kind-Psychose ist die, welche Schlüsse sich von der Tatsache, daß ein Elter an irgendeiner Nicht-Dementia praecox-Psychose leidet auf Ausbruch und Häufigkeit der Dementia praecox unter den Kindern ziehen lassen.

Die Frage läßt sich an dem vorliegenden Material auch nicht annähernd lösen, da dazu ein ganz anderes Ausgangsmaterial notwendig ist, nämlich eine größere Zahl von Psychosen aller Art, für die dann sämtliche Nachkommen zu untersuchen und deren Anteil an der Dementia praecox-Erkrankung festzustellen wäre.

Was die qualitative Seite der Frage aber anbelangt, so sei zunächst nochmals die Seltenheit oder das praktische Fehlen manisch-depressiver Erkrankungen unter den Nachkommen Dementia praecox-Kranker erwähnt.

Dies letztere ist um so verwunderlicher, als bei den Eltern von Dementia praecox-Kranken nicht so selten manisch-depressives Irresein in schönster Ausprägung vorkommt.

Kinder von Manisch-depressiven werden also nicht mit Sicherheit damit rechnen können, wenigstens von Dementia praecox frei zu bleiben.

Mit welcher Wahrscheinlichkeit aber die Dementia praecox unter Kindern Manisch-depressiver zu erwarten ist, das zu entscheiden wird erst möglich sein, wenn an einem unausgelesenen Material von manisch-depressiven Kranken aus älterer Zeit die Nachkommenschaft auf das Zahlenverhältnis hin untersucht wird, in dem die verschiedenen Psychosen dort auftreten.

Eine wichtige Frage ist ferner die, ob in gleicher Weise, wie spät ausbrechende oder spät sich verschlimmernde Dementia praecox-Erkrankungen, sowie andere Psychosen, welche sich bei den Eltern unserer Dementia praecox-Kranken finden, auch bei den Geschwistern der Dementia praecox-Kranken anzutreffen sind.

Die Vorbedingung der Lösung dieser Frage ist aber natürlich eine der elterlichen analoge Alterszusammensetzung der Dementia praecox-Geschwister. Das heißt zumindest ist zu verlangen, daß die Alter, an die gewisse Psychosen bei den Eltern gebunden sind, überhaupt in so erheblichem Maße vertreten sind, daß in ihrer Summe das Auftreten jener Psychosen, die ja auch, wenn sie überhaupt sich forterben, nur in einem bestimmten, vielleicht sehr kleinen Prozentsatz erzeugt werden, konstatiert werden kann.

Dieses Erfordernis ist aber ein sehr strenges, wie schon oft genug betont und wohl bekannt.

Denn je älter die Glieder einer Geschwister-Serie sind und je mehr Psychosen auch des höheren Alters infolgedessen haben zutage treten können, desto schlechter kennen wir, klinisch gesprochen, die Psychosen der Eltern, und umgekehrt, je besser wir klinisch die Eltern kennen, um so jünger pflegen noch die Kinder zu sein, um so weniger werden wir also überhaupt das Auftreten von Psychosen erwarten können, welche an ein reiferes oder höheres Alter gebunden sind.

Es wird wohl zurzeit überhaupt nirgends ein genügend großes statistisches Material geben, das allen diesen Anforderungen entspricht. Vielleicht wächst mein Material allerdings bald so an, daß eine entsprechende Altersauslese noch umfangreich genug sein dürfte, um auch statistische Verwendung zu finden.

Zunächst aber seien die Ziffern des gegenwärtigen Materials mitgeteilt:

In den 701 Geschwisterserien mit insgesamt 701 + 64 Dementia praecox-Fällen befinden sich außerdem noch 79[1]) andere Psychosen oder schwere d. h. Anstalts-Psychopathien.

Von den 79 Fällen liegen insgesamt 43 Krankengeschichten oder Berichte vor, von Irrenanstalten 19, Privat-Sanatorien 2, Krankenberichte aus Kretinen-Idioten-Anstalten 7, aus Militärlazaretten 2, aus Gefängnissen 1, aus der Münchener Klinik 12.

Danach handelt es sich um folgende Zustände:

	Zahl der Psychosen	Dementia praecox ziemlich sicher oder an sie zu denken
Wohl doch **Dementia praecox**	6	6
Eventuell eigenartige manisch-depressive Bilder, wobei aber an Dementia praecox gedacht werden muß	8	8? Dementia praecox suspekt
Angeborener Schwachsinn, beziehungsweise Idiotie	7	3 Dementia praecox suspekt
Schwere Anstaltspsychopathie	5	2?
Epileptische Anfälle mit und ohne Schwachsinn	3	
Kinderlähmung	2	
Paralyse	2	
Weitere organische Psychosen	2	1?
Paranoide Störungen	2	1?
Psychogene Psychose und Hysterie	2	
Manisch-Depressiv	1	
Basedow-Psychose	1	
Noch unbekannt ob angeborener oder erworbener Blödsinn	1	
Dämmerzustand (hysterischer oder epileptischer Natur?)	1	1?

[1]) Hier eingerechnet sind nur die Fälle, die bekannt waren zur Zeit des Abschlusses der Statistik.

Seither neu dazu gekommen sind 7 Fälle (die Mehrzahl ohne Krankengeschichten!) und zwar klinisch:

1. Ein Fall, von dem es nur heißt: „Spinnt noch stärker wie der Bruder" (der Dementia praecox-Proband nämlich).
2. Vielleicht hysterische Psychose.
3. Morbus Basedowii + depressive Psychose.
4. Morbus Basedowii + Epilepsie.
5. Angeborener Schwachsinn, vielleicht dazu eine additionelle erworbene Psychose.
6. Epilepsie (mit Krankengeschichte und Sektions-Ergebnis der Klinik München).
7. Depressiver Anfall (Suizid) im 41. Altersjahr.

Dazu kämen dann noch die 7 nach Abschluß der Statistik neu hinzugetretenen in Anmerkung S. 160 erwähnten Fälle.

Von 36 Fällen liegen Krankheitsbeschreibungen nicht vor, sondern sind nur mehr oder weniger kurze Bezeichnungen der symptomatischen Bilder vorhanden oder wird nur die Tatsache vorgekommener geistiger Störung schlechthin festgestellt.

Danach handelt es sich um folgende Zustände:

	Zahl der Psychosen	Davon Verdacht auf Dementia praecox
Eventuell **eigenartige periodische oder depressive Zustände**	11	4
Suizid	2	
Unbekannte Psychosen	11	6
Epileptische Anfälle	3	
Hysterie	3	
Arteriosklerotisch-senile Störungen	2	
Schwere Psychopathie	2	1
Psychose nach Pneumonie	1	1
Imbezillität und auf ihr aufgepfropfte Psychose	1	1

Schließlich seien noch rein kasuistisch die anderen Psychosen zusammengestellt, an denen Geschwister von Dementia praecox-Kranken des gesamten übrigen außerhalb der 701 Geschwister-Serien und der 52 Fälle, wo Elter und Kind an Dementia praecox leiden, vorhandenen Materials, leiden oder gelitten haben.

Danach handelt es sich um folgende Zustände:

Alkoholismus	1
Arteriosklerose	1
Psychopathie	2
Senile Demenz	1
Chorea	1
Organische Erkrankung (manisches Symptomenbild bei organischer Erkrankung im Alter, Aphasie)	1
Paralyse	5
Manisch-depressiv	20
Sichere Dementia praecox	2
Verdacht auf Dementia praecox	6
Paranoide Psychose	1
Imbezillität	2
Schwere Idiotie mit Anfällen	1
Epileptische Psychose und epileptische Anfälle	9
Unklar trotz langer Beobachtung, wobei 1 manisch-depressiv, 1 Dementia praecox sein könnte	2
Noch unbekannt	19

Schließlich sei nur kurz erwähnt, daß auch unter den weiteren Verwandten der Dementia praecox-Kranken viele andere Psychosen sich befinden, doch soll deren Auszählung, die heute noch eine viel unvollkommenere wäre, als es hinsichtlich der Sicherheit einer bestimmten Diagnose leider schon diejenige der Eltern- und Geschwister-Psychosen sein mußte, einem späteren Stadium der Forschung vorbehalten sein.

12. Kapitel.

Ergebnisse.

Im ersten Kapitel habe ich gezeigt, daß nach den bisher von den Psychiatern geübten Grundsätzen eine Erforschung der Regeln der Vererbung unmöglich ist.

Der Psychiater muß mit der Tradition brechen, seine Aufmerksamkeit hauptsächlich den sog. interessanten Familien mit gehäufter Belastung zuzuwenden. Denn damit ist stets die Gefahr verbunden, daß er falsche, weil zu hohe Erkrankungs-Proportionen erhält. Dieselbe Wirkung aber hat die Nichtbeachtung des Umstandes, daß überhaupt alle Fälle von Erkrankung, welche der Psychiater zu Gesicht bekommt, samt ihren Geschwistern eine Auslese von einseitigen Kreuzungs-Effekten darstellen insofern, als der Psychiater die Kinder von Eltern mit bestimmten Keimanlagen überhaupt nur dann kennen lernt, wenn die elterliche Kreuzung zufällig bei einem oder mehreren Kindern zu einem positiven Ergebnis d. h. zur Erzeugung eines Kranken geführt hat. Diejenigen Familien aber, in denen alle Kinder, trotzdem sie auch von Eltern mit teilweiser Anlage zu Krankheit abstammen, doch im Würfelspiel der Anlagen-Kombination frei von Krankheit geblieben sind, bekommt der Psychiater nie, auch durch Familienforschung nicht, zu sehen.

Sollen aber Regeln der modernen spaltenden Vererbung gefunden werden, so muß der genannte Umstand, die Inrechnungziehung der Kreuzungseffekte ohne äußerliches Krankheitsergebnis berücksichtigt werden. Dies geschieht durch die Weinbergsche Probanden-Methode, die darin besteht, daß in den Geschwister-Sippschaften, die dem Psychiater zur Verfügung stehen, nicht einfach die Summen der kranken Geschwister überhaupt den Summen der gesunden Geschwister überhaupt gegenüber gestellt werden, sondern daß die Summe der Geschwister aller in einem bestimmten Zählbezirk (z. B. Klinik) vollständig gezählten Kranken oder Probanden (z. B. Dementia praecox-Aufnahmen) herausgehoben und innerhalb der so gewonnenen Geschwister-Summe die Summe der kranken Geschwister zur Summe der gesunden Geschwister in Beziehung gesetzt wird.

In Kapitel 2 ergibt die Untersuchung der Nachkommen von Dementia praecox-freien Eltern (701 Geschwister-Serien) nach der genannten Methode und nach gebührender Berücksichtigung der Sterbens- und Erkrankungswahrscheinlichkeit auf Grund von Sterbe- und Morbiditätstafeln einen Dementia praecox-Prozentsatz von 4,48, also bei $^1/_{16}$ bis $^1/_{32}$ aller Geschwister.

Die anderen Psychosen sind unter diesen Geschwistern zu 4,12% vertreten.

Es kann also wohl nicht davon die Rede sein, daß die Dementia praecox oder die Anlage dazu ein einfach-mendelndes Merkmal ist, wenn es sich bei ihr auch um eine rezessiv gehende Anlage handelt.

Es ist, angesichts des Umstandes, daß der erhaltene Dementia praecox-Prozentsatz nahe an $^1/_{16}$ liegt, möglich, daß sie einem dihybriden Kreuzungs-Modus folgt, in dem 2 konkurrierende Merkmalspaare in Aktion treten.

In Kapitel 3 wird, nach einer auf den Ausführungen in Kapitel 2 aufgebauten abgekürzten Methode, gezeigt, daß bei denjenigen Kindern, die einen Dementia praecox-kranken und einen Dementia praecox-freien Elternteil besitzen, die Dementia praecox häufiger auftritt (6,18%) als bei jenen Kindern in Kapitel 2, deren Eltern beide Dementia praecox-frei sind (4,48%). Die „anderen Psychosen" treten dabei zu 10,30% auf (gegen 4,12% bei den Kindern Dementia praecox-freier Eltern).

Die Kleinheit des Materials (34 Geschwister-Serien) verbietet jedoch vorläufig eine Entscheidung der Frage, welche mendelistische Bedeutung dem hier gefundenen Prozentsatz zukommt. Jedenfalls aber spricht auch er durchaus zugunsten der Annahme eines rezessiven Verhaltens der Dementia praecox im Erbgange.

Aus Kapitel 4 ergibt sich, daß die Dementia praecox in den Geschwister-Serien nicht bloß häufiger auftritt, wenn 1 Elternteil an Dementia praecox erkrankt ist, als wenn beide Eltern Dementia praecox-frei sind, sondern auch, wenn ein Elternteil an irgendeiner anderen Psychose leidet (8,21% Dementia praecox bei den Kindern, 8,21% andere Psychosen).

Ferner ist Dementia praecox häufiger, wenn die Eltern (zumeist ein Elternteil!) trunksüchtig sind, ohne jedoch geisteskrank gewesen zu sein (7,80% Dementia praecox bei den Kindern, 5,20% andere Psychosen), sodann wenn ein Elternteil an irgendeiner anderen Psychose leidet und gleichzeitig der eine oder andere Elternteil trunksüchtig ist oder beide Eltern trunksüchtig sind (15,78% Dementia praecox bei den Kindern, 7,89% andere Psychosen), oder wenn ein oder beide Elternteile an einer anderen Psychose leiden und gleichzeitig ein oder beide Elternteile trunksüchtig sind (14,81% Dementia praecox bei den Kindern, 7,40% andere Psychosen), und wenn beide Eltern geisteskrank sind ohne Rücksicht darauf, ob sie trunksüchtig sind oder nicht (22,72% Dementia praecox bei den Kindern).

Schließlich tritt auch da, wo zwar beide Eltern sowohl Dementia praecox-frei und Psychose-frei, als auch Trunksuchts-frei sind, alle Dementia praecox-Insassen der Klinik aber durch ein anderes Glied der Verwandtschaft (Onkel, Tante usw.) mit Dementia praecox belastet sind, wo also der reinste Fall einer lediglich kollateralen gleichartigen Belastung vorliegt, eine Erhöhung der Dementia praecox-Ziffer gegenüber der Durchschnittsziffer (8,07% Dementia praecox gegenüber 4,48; 6,83 andere Psychosen gegenüber 4,12) zutage.

Es ist somit die Häufigkeit, mit der die Dementia praecox in einer Geschwister-Sippschaft auftritt, nicht allein abhängig von der Häufigkeit, in der diese spezielle Krankheit bei den Eltern dieser Geschwister-Sippschaft auftritt, sondern auch von der Häufigkeit, mit der andere Geisteskrankheiten,

die sich klinisch von der Dementia praecox unterscheiden, bei den Eltern auftreten.

Eine Abhängigkeit dieser Art besteht auch von der Trunksucht der Eltern.

Etwa die gleiche Abhängigkeit zeigen auch die gleichzeitig neben der Dementia praecox in der gleichen Geschwister-Sippschaft auftretenden anderen Psychosen.

Es scheint also, daß das Auftreten anderer Psychosearten bei den Eltern und Geschwistern Dementia praecox-Kranker nicht etwa eine nebensächliche Begleiterscheinung der Erbentstehung der Dementia praecox selbst oder ihrer Anlage darstellt, sondern daß es mit ihr im Wesen in irgendeiner Weise innig zusammenhängt.

Der Prozentsatz, in dem die Stiefgeschwister (134 Stiefgeschwister-Serien mit 498 Geschwistern) unserer Klinik-Dementia-praecox-Fälle von Dementia praecox befallen werden, beträgt 0,56. Andere Psychosen finden sich bei ihnen zu 1,70%.

Daraus ist zu schließen, daß zum Zustandekommen der Dementia praecox sowohl, als auch anderer Psychosen überhaupt das Zusammenwirken beidseitiger krankhafter Erbanlagen erforderlich ist, wiederum ganz im Sinne eines, allgemein gesprochen, rezessiven Erbganges.

Aus Kapitel 5 ergibt sich, daß das bereits erwähnte Resultat bei den Stiefgeschwistern nicht etwa dadurch zu erklären ist, daß auf seiten derjenigen Eltern unserer Klinik-Dementia-praecox-Kranken, welche auch Halbgeschwister erzeugen, eine Belastung fehlt. Denn wenn auch eine Belastung irgendwelcher Art auf seiten des nicht gemeinsamen Elternteils (der also nur Elter unserer Klinik-Dementia-praecox-Fälle ist) 70 mal, auf seiten des gemeinsamen Elternteils nur 51 mal vorkommt, so ergeben sich doch für eine Dementia praecox-Belastung allein gerade umgekehrte Verhältnisse.

So liegt in den Fällen, wo nur von seiten eines Elternteiles Stiefzeugungen vorhanden sind, eine Dementia praecox-Belastung 12 mal auf seiten des doppelt verheirateten Elternteils, dagegen nur 2 mal auf seiten des einfach verheirateten Elternteiles.

Die Seltenheit der Dementia praecox und anderer Psychosen bei den Stiefgeschwistern unserer Dementia praecox-Fälle erklärt sich daher am einfachsten mit der Annahme, daß die zweiten und auch die dritten Partner der doppelt und dreifach verheirateten Eltern unserer Kranken eben keine Anlage zu der vorliegenden speziellen Art von Krankheit (Dementia praecox) und zu anderen Psychosen mit sich brachten oder jedenfalls in einem ganz bedeutend geringeren Maße diese Anlage enthielten, als dies bei den ersten Partnern der Fall ist.

In Kapitel 6 wird gezeigt, daß eine Untersuchung über den Einfluß der Stellung in der Geburtenreihe auf die Erkrankung an Dementia praecox, wie jede derartige Untersuchung, der Ausscheidung des störenden Faktors der verschiedenen Familiengröße gerecht werden muß. Das Ergebnis einer stärksten Beteiligung der Erstgeborenen an der Erkrankung, wie sie andere Autoren konstatieren und ich selbst an meinem Material gefunden habe, rührt her von der Außerachtlassung dieser Vorschrift. Ihre Befolgung ergibt umgekehrt eher eine ungünstige Sachlage für die Letztgeborenen, wenn auch die verhältnismäßige Kleinheit meines Materials eine definitive Lösung des Geburten-Stellung-Problems noch nicht zuläßt.

Immerhin wird es durch die Ausführungen in Kapitel 6 wahrscheinlich gemacht, daß bei der Entstehung der Dementia praecox auch Faktoren mitwirken, welche mit Vererbung an und für sich nichts, wohl aber mit „Milieu" zu tun haben.

Wie groß diese Milieu-Wirkung ist und von welchen ätiologischen Faktoren sie ausgeht, läßt sich noch nicht entscheiden.

In Kapitel 7, wo die Frage der Dominanz oder der Rezessivität der Dementia praecox erörtert ist, werden noch folgende Momente für die Annahme der letzteren geltend gemacht:

1. Die Nachkommen Dementia praecox-kranker Eltern (Kinder von 20 alten Dementia praecox-Fällen aus der oberbayerischen Kreis-Irrenanstalt Eglfing) sind zum kleinsten Teil wieder Dementia praecox-krank, nämlich nur 2, höchstens 3 von 81, wogegen bei Dominanz der Krankheit 100% bzw. 50% kranke Kinder zu erwarten wären.

2. Eine für dominante Anomalien gewöhnliche kontinuierliche Vererbung der Dementia praecox über zwei Generationen hinaus muß ganz außerordentlich selten sein, da sie weder in meinem Material vorkommt, und, soweit ich weiß, auch in der Literatur nicht mit Sicherheit vorkommt.

3. Andererseits hält die für dominante Anomalien ebenfalls gewöhnliche Regel für eine Familie „Einmal frei von der Anomalie, immer frei" in einer außerordentlich großen Zahl von Dementia praecox-Familien nicht Stich, weil hier die kollaterale Vererbung ganz offenbar vorherrscht.

4. Daß Dementia praecox bei Kindern Dementia praecox-freier Eltern zu finden ist, ist der häufigste Fall. Dieser Fall fehlt aber bei dominant gehenden Abnormitäten oder kann nur durch Zuhilfenahme komplizierter Hilfshypothesen erklärt werden.

Das bei Dementia praecox zu findende überwiegend häufige Vorkommen des „Abreißens" der Anomalie in der direkten Linie einerseits und das plötzliche Auftauchen derselben in der Deszendenz aus einem anscheinend Dementia praecox-freien Zustand der unmittelbaren Aszendenz andererseits ist dem dominanten Erbgang fremd, für den rezessiven charakteristisch.

Ist zwar, wie wir gehört, die Annahme des Vorliegens des einfachsten rezessiven Erbganges (ein mendelndes Merkmalspaar) für die Dementia praecox nach den bisherigen Untersuchungen abzulehnen, so ist doch ihre Rezessivität in irgendeiner Form durch die bereits früher erwähnten Argumente insofern höchst wahrscheinlich gemacht, als sie als ein Produkt von sich offenbar ergänzenden pathologischen Faktoren aus den beiden Ursprungsfamilien der väterlichen sowohl, als auch der mütterlichen betrachtet werden muß.

Auch die in diesem Kapitel in diesem Zusammenhange untersuchten Belastungsverhältnisse der beiden Ursprungsfamilien sprechen nicht gegen diese Auffassung.

In Kapitel 8 Dementia praecox und Geschlecht wird gezeigt, daß die Dementia praecox, wenn überhaupt, nur eine geringe Vorliebe für das männliche Geschlecht hat, die aber möglicherweise sich lediglich durch die im allgemeinen größere Häufigkeit der Erkrankung beim männlichen Geschlecht überhaupt erklärt, vielleicht auch damit, daß die männlichen Kranken früher und häufiger anstaltsbedürftig werden.

Das Geschlechtsverhältnis (Knaben-Geburten zu Mädchen-Geburten) unter den Geschwistern der Dementia pracox-Fälle der Klinik weicht nicht nennenswert von der Norm ab.

Wir dürfen hieraus den mit Rücksicht auf die Fahlbeckschen Untersuchungen wichtigen Schluß ziehen, daß im Befunde des Geschlechtsverhältnisses kein Grund zur Annahme vorhanden ist, es könnten etwa entartende Momente bei den Eltern der Dementia praecox-Kranken wirksam sein, welche auf der einen Seite zu einer Verschiebung des Geschlechtsverhältnisses, auf der anderen zur Erzeugung von Dementia praecox geführt haben könnten.

Im Verhalten der Sexualproportion bei den Geschwistern unserer Kranken kann also jedenfalls keine Stütze für die Annahme der Entstehung der Dementia praecox auf degenerativem Wege (im Gegensatz zum erblichen) gefunden werden.

Aus Kapitel 9: Phänomen der Anteposition ergibt sich, daß auch nach meinem Material die älteren Geschwister durchschnittlich später als die jüngeren an Dementia praecox zu erkranken scheinen. 72 Fälle frühest geborener Dementia praecox-Erkrankungen zeigten einen durchschnittlichen Erkrankungsbeginn von 25,86 Jahren, die 72 nächst geborenen einen solchen von 24,68 Jahren. Wo dritte Dementia praecox-Geschwister vorhanden sind (8 Fälle), zeigen sie einen durchschnittlichen Erkrankungsbeginn von 25,25 Jahren.

Das vierte Geschwister in einem Fall von 4 Dementia praecox-kranken Geschwistern erkrankte mit 20 Jahren.

Diese Differenzen, welche im allgemeinen eine fallende Progression von den älteren zu den jüngeren Geschwistern erkennen lassen, sind klein.

Sie dürften wohl herrühren von Unterschieden in der Schwierigkeit der Feststellung des Beginns der Dementia praecox, die bei älteren Geschwistern naturgemäß durchschnittlich weniger exakt zu sein pflegt, zweitens aber mit dem Umstande zusammenhängen, daß die Geschwister der zweiten Hälfte der untersuchten Geschwister-Serien durchschnittlich bedeutend jünger sind als diejenigen der ersten Hälfte und daß sie die Gefährdungszone der Dementia praecox überhaupt zum großen Teil noch nicht völlig durchschritten haben, jedenfalls zum kleineren Teil, als dies bei den älteren Geschwistern oder denen der ersten Hälfte der Fall ist.

Es ist daher von vornherein zu erwarten, daß in der zweiten Hälfte und bei den später Geborenen überhaupt die früheren Erkrankungsbeginne verhältnismäßig überwiegen müssen.

Die genannten Umstände müssen zur Erklärung der Durchschnittsdifferenz von ca. 1 Jahr wohl als völlig ausreichend betrachtet werden.

Unvergleichlich viel größer sind die Differenzen im Erkrankungsbeginn beim Dementia praecox-Elter im Vergleich zu demjenigen bei seinem ebenfalls an Dementia praecox erkrankten Kinde.

Für 50 Fälle gleichzeitig elterlicher und kindlicher Dementia praecox ergibt sich ein elterlicher Beginn der Krankheit im durchschnittlich 36,7. Altersjahr, ein kindlicher im durchschnittlich 24,25. Altersjahr, also eine Differenz von rund 12 Jahren.

Ein Teil dieses Unterschiedes ist auf Rechnung derselben schon bei den Geschwistern hervorgehobenen Umstände zu setzen: Er ist sogar viel größer zu veranschlagen, als im Falle der Geschwister-Erkrankungen, wie ohne weitere Ausführung verständlich ist.

Der Hauptteil der Differenz aber rührt von dem einfachen, in der Literatur leider fast gar nicht berücksichtigten Umstande, daß die in früherem Alter an Dementia praecox erkrankenden Individuen, also die überaus überwiegende Zahl, überhaupt nicht Eltern werden, sondern nur entweder die wirklich verhältnismäßig spät erkrankenden oder jene, die lange Jahre hindurch nur einen sehr milden Verlauf zeigen, der Eheschließung und Generationsgeschäft nicht absolut verhindert und der der Umgebung wenig oder nicht auffällt und daher auch den Psychiater, nachdem ihm die Kranken dann doch endlich zugeführt werden, veranlaßt, den Beginn später anzusetzen, als er in Wirklichkeit stattfand.

Der späte Beginn oder der zunächst milde, unbeachtete und eine Familiengründung noch nicht verbietende Verlauf der Erkrankung gestattet also überhaupt erst die Betätigung der Elternschaft und das ist der wahre Grund, warum die Dementia praecox-Kranken, welche Eltern werden, einen so späten Durchschnittsbeginn aufweisen.

In der Kindergeneration aber sind die frühen und frühesten Beginne mitenthalten, weshalb eo ipso eine ganz erhebliche Differenz zwischen Eltern und Kinder-Durchschnittsbeginn herauskommen muß. Nach einer summarischen Berechnung an meinem Material ist auf diesen Umstand der „Eltern-Auslese" eine durchschnittliche Differenz des Erkrankungsbeginnes von Elter und Kind von mindestens 6,5 Jahren zurückzuführen.

Ob die noch bleibende Differenz sich vollständig auflösen würde, wenn die wirklichen Beginne der Eltern besser bekannt wären und die Schicksale aller Kinder abgeschlossen, mag zurzeit dahingestellt bleiben.

Jedenfalls ist zurzeit ein Beweis des Vorliegens eines „Gesetzes der Antizipation" noch keineswegs erbracht, wohl aber durch meine Ausführungen die Tatsache bewiesen, daß es sich beim größten Teil dieses Phänomens um ein statistisches Artefakt handelt.

Nur ein Vergleich der Durchschnittsbeginne **aller** mit und ohne Elterneigenschaft ausgerüsteten Dementia praecox-Erkrankungen in der Eltern-Generation mit den Durchschnittsbeginnen **aller** Dementia praecox-Erkrankungen in der bis zum Ende der Gefährdungszone durchbeobachteten Kinder-Generation könnte die tatsächlichen Grundlagen für das Vorliegen einer Antizipation abgegeben, wonach erst durch weitere Forschung nach den Ursachen des Phänomens zu suchen wäre.

Aus Kapitel 10 geht hervor, daß auch die Frage einer polymorphen oder generellen Vererbung einer allgemeinen Disposition zu geistiger Störung zurzeit nur mit dem Mittel der Weinbergschen Probanden-Methode in einigermaßen befriedigender Weise gelöst werden könnte.

Die Behauptung einer polymorphen Vererbung ist zurzeit weder widerlegt, noch bewiesen, ihr Vorliegen aber auf Grund mendelistischer Anschauungen wohl möglich.

Sie ist sogar angesichts der relativ großen Häufigkeit andersartiger psychotischer Zustände in Dementia praecox-Familien (besonders auch bei Eltern und Geschwistern der Dementia praecox-Kranken) nicht gerade unwahrscheinlich.

Denn die Geschwister meiner Dementia praecox-Ausgangskranken (721 Probanden) haben nicht bloß 44 durch Forschung ermittelte Dementia praecox-Geschwister, sondern noch 79 Geschwister, die an anderen jedenfalls nicht

ohne Weiteres als unumstrittene Dementia praecox aufzufassenden Psychosen litten, die Psychopathen nicht eingeschlossen.

Nach der Weinbergschen Methode sind diese anderen Psychosen unter den Geschwistern, wie wir gesehen, fast ebenso stark vertreten (4,12%) wie die Dementia praecox-Erkrankungen selbst (4,48%).

Sodann ist in meinem Material jeder vierte bis fünfte Elternteil (genau der 4,7.) der Dementia praecox-Klinik-Fälle geisteskrank in irgendwelcher Form, wobei Doppelerkrankungen bei den Eltern sogar noch einfach gezählt sind.

Dazu kommt, daß von den Eltern, welche frei von Geistesstörung blieben, noch 80 Trinker waren, so daß auf 701 Elternpaare 229 Elternpaare kommen mit Geisteskrankheit oder Trunksucht eines Elternteiles. In jeder dritten Elternschaft ist also entweder Geisteskrankheit bei einem oder bei zwei Elternteilen oder Trunksucht bei dem Vater (zumeist) oder bei der Mutter vorhanden.

Es ist kaum anzunehmen, daß diese Häufigkeit ein zufälliges Ereignis ist, da wir sonst in der breiten Bevölkerung auch in jeder vierten bis fünften Geschwister-Serie einen geisteskranken Elternteil finden müßten, was wohl kaum wahrscheinlich ist.

Da die bei den Eltern und Geschwistern gefundenen Psychosen aber zum Teil verschieden sind, erscheint mir die Annahme zunächst, in dem gegenwärtigen Stadium meiner Untersuchungen, die wahrscheinlichste zu sein, daß die Geistesstörung des Elters und die Dementia praecox, sowie die anderen Psychosen der zugehörigen Kinder Produkte komplizierter spaltender Vererbungsvorgänge sind, wie wir ja Analoga auf normal-morphologischem Gebiete im Tier- und Pflanzenreich die Menge haben (Farbeneffekte usw.).

Jedenfalls scheint aus den vorliegenden Untersuchungen hervorzugehen, daß die irgendwie psychotischen Eltern der Dementia praecox-Kranken sich mehr als gesunde Eltern aus gesunden Stämmen durch Bildung von Keimen (und in ihnen Anlage-Komplexen) auszeichnen, aus denen zwar allein sich Dementia praecox nicht entwickeln kann, die aber durch die ebenfalls eigenartige Beschaffenheit der Keime des Partners bei der Befruchtung irgendein Supplement zugeführt bekommen, d. h. durch irgendein noch fehlendes Anlage-Substrat ergänzt werden, wodurch erst jenes Anlageganze geschaffen wird, aus dem sich dann eine Dementia praecox bilden kann.

In Kapitel II: Studium der klinischen Beziehungen der Geistesstörungen in den Familien mit Dementia praecox wird konstatiert, daß die Tatsache, daß in der Verwandtschaft, insbesondere bei einem Elternteil oder Geschwistern Dementia praecox vorgekommen ist, bei Ausbruch einer neuen Psychose in der Familie den Diagnostiker an das Vorliegen der gleichen Psychose denken lassen soll. Die Tatsache zwingt aber nicht zu dieser Annahme. Ein solcher Glaube, der durch eine unrichtige Auffassung von dem Umfang einer gleichartigen Heredität genährt wird, wäre verhängnisvoll.

Einschließlich der nach der statistischen Auszählung noch geklärten Fälle kommen auf 735 Geschwister-Serien mit mindestens einer Klinik-Dementia-praecox 59 sicher, sehr wahrscheinlich oder vielleicht als Dementia praecox aufzufassende Eltern, also, da 130 Eltern an anderen oder noch nicht näher bekannt gewordenen Psychosen litten, ca. $^1/_3$. Nur in diesem verhältnismäßig geringen Ausmaß könnte also von einer direkten, gleichartigen Vererbung der Dementia praecox gesprochen werden.

Mit einem weiteren runden Drittel sind die „funktionellen Psychosen" im Sinne der manisch-depressiven, klimakterischen, hysterischen usw. an den Psychosen der Eltern der 735 Geschwister-Serien beteiligt und schließlich mit rund einem weiteren Drittel die organischen (43) die Alkoholpsychosen (8) und die noch nicht näher bestimmten Psychosen (15 Fälle) zusammengenommen.

Auch der Rest meines Materials ergibt eine ähnliche Zusammensetzung in dieser Hinsicht.

Die Frage, welche Psychosearten und in welchem Verhältnis sie sich umgekehrt unter den Kindern Dementia praecox-Kranker erwarten lassen, ist wegen der relativen Unreife des Materials schwieriger zu beantworten. Ganz auffallend selten unter Kindern Dementia praecox-Kranker ist jedenfalls das manisch-depressive Irresein. Einen sicheren Fall kenne ich zur Zeit überhaupt nicht. Mit dieser Diagnose wird also praktisch bei Kindern Dementia praecox-Kranker die größte Zurückhaltung geboten sein.

Dagegen sahen wir unter 81 Nachkommen, die 20 alte Eglfinger Dementia praecox-Fälle hatten, 2, vielleicht 3 Dementia praecox-Fälle auftreten. An anderen Psychosen kommen vor: Epilepsie, Imbezillität und Debilität, Alkoholwahnsinn, Psychopathie.

Über das Vorkommen anderer Psychosen bei Kindern sicherer Dementia praecox-Fälle läßt sich, wie gesagt, noch nichts Sicheres aussagen, weil die Schicksale aller dieser Kinder noch nicht erfüllt und insbesondere Psychosen, deren Ausbruch vorwiegend an das mittlere und höhere Lebensalter geknüpft sind, bei ihnen noch nicht vollzählig ausgebrochen sein können.

Dasselbe Bedenken besteht bei der Frage, welche anderen Psychosen bei Geschwistern von Dementia praecox-Kranken überhaupt vorkommen, d. h. auch bei solchen, deren Eltern selbst sicher nicht Dementia praecox-krank sind oder waren.

Die Durchsicht solcher Geschwister-Serien (der 701 Familien, wo die Eltern Dementia praecox-frei sind, sowie einiger Geschwister-Serien dieser Art, die für die Statistik aber nicht verwendet werden konnten) ergibt das Vorkommen von Hysterie, Morbus Basedowii, Epilepsie, manisch-depressivem Irresein, Imbezillität und Idiotie, Anstalts-Psychopathie, Kinderlähmung, Paralyse und syphilitischen und anderen organischen, d. h. arteriosklerotisch-senilen Psychosen, sowie paranoiden Störungen.

Literatur.

(Siehe auch Literaturverzeichnis meiner Arbeit: „Einige Wege und Ziele der Familienforschung, mit Rücksicht auf die Psychiatrie", Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. VII, Heft 5, 1911).

Albrecht, Oberarzt Dr., Gleichartige und ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **11**, Heft 5. 541—580. 1912.

Altschul, Dr. E., Studie über die Methode der Stichprobenerhebung. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. Heft 1/2. 110—157. 1913.

Alzheimer, Prof. Dr. A., Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox (Autoreferat über den gleichnamigen bei der Jahresvers. des D. Ver. f. Psychiatrie. Breslau 1913, gehaltenen Vortrag). Psych. Neurol. Wochenschr. 301—302. 1913.

Baur, Erwin, Einführung in die experimentelle Vererbungslehre. Berlin 1911. Gebr. Borntträger. 293. 80 Textabb. u. 9 farb. Taf.

Berze, Josef, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig u. Wien 1910, Franz Deuticke, Anteponieren innerhalb der Geschwister-Serie. 10.

Correns, Die neuen Vererbungsgesetze. Borntträger 1912.

Cotton, Some problems in the study of heredity in mental diseases. Amer. J. of Insan. **69**, 31. 1912.

Davenport, C. and F. D. Weeks, A first study of inheritance in epilepsy. The J. of. Nerv. u. Ment. Diseases. 38. 1911.

Davenport, C. B., A discussion of the methods and results of Dr. Herons critique. Reply to the criticism of recent american work by Dr. Heron of the Galton laboratory. Eugenics Record Office. Bulletin No. 11. Cold Spring Harbor 1914.

Denso, Dr. P., Die Erscheinung der Antizipation in der ontogenetischen Entwicklung hybrider Schmetterlingsraupen. Zeitschr. f. wissensch. Insektenbiol. IV. (**13**, 128—135, 170—176, 201—208. 1908.)

Federley, Harry, Helsingfors, Vererbungsstudien an der Lepidopteren-Gattung Pygaera, 5309, 311, 355. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. 281—338. 1911. Siehe 309 ff. und 311, Gegenteil von Antizipation.

Fischer, E., Die Rehobother Bastards und das Bastardierungsproblem beim Menschen. Anthropologische und ethnographische Studien am Rehobother Bastardvolk in Deutschsüdwestafrika, ausgeführt mit Unterstützung der Kgl. preuß. Akademie d. Wissenschaften. Jena. Gustav Fischer. 1913.

Frankhauser, K., Geschwisterpsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **5**. Heft 1. 52—142. 1911. Anteponieren 142.

Goddard, Henry Herbert, The Kallikak Family. A study in the Heredity of feeble Mindedness. New York The Macmillan Co. 1912.

Goldschmidt, Richard, Einführung in die Vererbungswissenschaft. In 20 Vorlesungen für Studierende, Ärzte, Züchter. Leipzig 1911. Wilh. Engelmann. (Siehe aber neueste Auflage!)

Gräfe, A. v., Beiträge zur Pathologie und Therapie des Glaukoms. v. Gräfes Arch. f. Ophthalmol. **15**, 3. Anteponieren 227. 1869.

Haecker, Valentin, Allgemeine Vererbungslehre. Braunschweig 1911. Friedr. Vieweg & Sohn.

Harbolla, Max, Beitrag zur Frage der direkten Vererbung von Geisteskrankheiten. Inaugural-Dissertat. Breslau 1893. Anteponieren 38 ff.

Heron, Depart. of applied statistic. Univers. Coll. London, Questions of the Day and of the Fray. Nr. VII. Mendelism and the Problem of mental Defects. A criticism of rec. americ. work by David Heron, London, Dulau Co. 37. 1913. Scho square, 2 sh.

Jolly, Dr. Ph., Die Heredität der Psychosen. Aus: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. **52**, 283. 1913.

Kreichgauer, Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Freiburg i. B. 1909. Anteponieren besond. 199.

Krueger, Zur Frage nach einer vererbbaren Disposition zu Geisteskrankheiten und ihren Gesetzen. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. **24**, 113. 1914.

Lidbetter, E. J. und E. Nettleship, On a pedigree showing both insanity and complicated Eye disease: Anticipation of the mental disease in successive generations. Aus: Brain: **35**, 3. 1913. Feb. 195—221 (mit Literaturangaben).

Lundborg, Priv.-Doz., Dr. H., Medizinisch-biologische Familienforschungen innerhalb eines 2232köpfigen Bauerngeschlechts in Schweden (Prov. Blekinge), Textband, mit 7 Karten, 5 Diagrammen und zahlreichen Tabellen im Text u. 37 Abb. auf 10 Taf. u. 51 Deszendenztafeln im Atlas. Textband 519 und 220 Seiten. Jena 1913. Gustav Fischer.

Luther, A., Erblichkeitsbeziehungen der Psychosen. Z. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. 25. Bd. 1914. S. 12—81.

Mönkemöller, Die erworbenen Geistesstörungen des Soldatenstandes. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkr. 50. Bd. 3. H. S. 130.

Mollweide, K., Zur Pathogenese der Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **22**, Heft 4/5. 1914.

Mott, The inborn factors of nervous and mental disease. Brain Parts II u. III. **34**, 73—101. Nov. 1911. Anteponieren 86 ff.

Nettleship, Bowman Lecture. Anticipation.

v. Noorden, Die Zuckerkrankheit. Berlin 1910. Referat: Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. 663/664. 1910. Anteponieren.

Oberholzer, Erblichkeitsverhältnisse und Erbgang bei Dementia praecox. Aus: Zur 50. Jahres-Versammlung des Vereins schweizerischer Irrenärzte. Genf 1914. Buchdruckerei Albert Kündig. S. 8—28.

Plate, Prof. Dr. Ludwig, Vererbungslehre mit besonderer Berücksichtigung des Menschen für Studierende, Ärzte und Züchter. Mit 179 Abb. u. Stammbäumen im Text u. 3 farb. Taf. Leipzig 1913. Wilhelm Engelmann.

Roemer, H., Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. 292. 1912.

Rosanoff, A. J. u. Orr, Florence I. A study of heredity in insanity in the light of the Mendelian Theory. Aus: American Journal of insanity. Oktober 1911. Nr. 2. **68**, 221—261.

Rosanoff, A. J., Dissimil. Heredity in mental disease. Aus: Journ. of Insanity. **70**, Nr. 1. 1.

— Mendelism and Neuropathic heredity. A. reply to Dr. Herons Critique. Sonderabdruck aus dem Amer. J. of Insanity. Januar 1914.

Rüdin, E., Einige Wege und Ziele der Familienforschung, mit Rücksicht auf die Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **7**, 4. 5. 487—585. 1911.

— Zur Paralysefrage in Algier. Allg. Z. f. Psychiatrie. Bd. 67.

Schuppius, Oberarzt Dr., Über Erblichkeitsbeziehungen in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **13**, Heft 2. 217—284. 1912.

Schweighofer, Reg.-Rat Dr. Josef, Direktor der Landesheilanstalt für Geisteskranke in Salzburg. Alkohol und Nachkommenschaft. Aus: Das österr. Sanitätswesen. 1912. Nr. 25, 26 u. 27. 25 S. u. 23 Taf.

Strohmayer, Priv.-Doz. Dr. Wilhelm, Die Bedeutung des Mendelismus für die klinische Vererbungslehre. Aus: Fortschr. d. deutsch. Klinik. **3**, 331—350. 1913.

Vorster, Dir., Dr., Über die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Klassifikation. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 161—176, 301—315, 367—392. 1901. Anteponieren 389.

Weinberg, San.-Rat Dr. med. Wilh., Auslesewirkungen bei biologisch-statistischen Problemen. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. 10. Jahrg. 417—451 u. 557—581. 1913.

— Die Kinder der Tuberkulösen. Leipzig 1913. S. Hirzel.

Weinberg, San.-Rat Dr. med. Wilh., Einige Tatsachen der experimentellen Vererbungslehre. Bericht über den Kurs u. Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen 1913. Halle 1912. Marhold.
— Weitere Beiträge zur Theorie der Vererbung. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. Heft 2. 165 bis 174 u. Heft 6. 694—709. 1912.
— Vererbungsforschung und Genealogie. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. 753. 1911.
— Artikel „Vererbung" und „Geburtenfolge" im Handwörterbuch der sozialen Hygiene, herausgeg. v. Grotjahn und Kaup. Leipzig 1912.
— Über Methoden der Vererbungsforschung beim Menschen. Berlin. klin. Wochenschr. 1912.
— Vererbung und Soziologie. Aus: Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 22. 14.
— Über neuere psychiatrische Vererbungsstatistik. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. 303—312. 1913.
— Über die Fahlbecksche Degression der Knabenproportion bei im Mannesstamm aussterbenden und überlebenden Geschlechtern. Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. Heft 1/2. 37—40. 1913.
— Auslesewirkungen des Lebensalters. (Enthält die Darstellung der Morbiditätstafel.) Wird voraussichtlich im Arch. f. Rass. u. Ges.-Biol. Bd. 11 erscheinen.
Wittermann, Dr. E., Psychiatrische Familienforschung. Aus: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 20, Heft 2. 153—278. 1913.

Druck der Kgl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON
M. LEWANDOWSKY-BERLIN UND K. WILMANNS-HEIDELBERG

HEFT 13

DIE PARANOIA

EINE MONOGRAPHISCHE STUDIE

VON

DR. HERMANN KRUEGER

MIT 1 TEXTABBILDUNG

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1917

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright 1917 by Julius Springer in Berlin.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Geschichtlicher Überblick 1
Begriffsbestimmung 7
Die paranoische Konstitution 9
Die Entwicklung der Paranoia 16
Die Krankheitserscheinungen 23
a) Die Paranoia combinatoria 25
b) Die Paranoia hallucinatoria 48
c) Die Paranoia querulatoria 61
Der Krankheitsausgang 74
Die Behandlung 85
Gerichtliches 92
Differentialdiagnose 94
„Akute Paranoia" und milde und abortiv verlaufende Paranoiafälle 94
Psychosen bei Degenerierten 98
Pseudoquerulanten 100
Manisch-depressives Irresein 101
Dementia praecox 103
Paraphrenien 106
Chronischer Alkoholismus 106
Syphilitische wahnbildende Psychosen 108
Amentia 108
Senile Wahnsinnsformen 109
Literaturverzeichnis 110

Geschichtlicher Überblick.

Die Geschichte der Paranoia umfaßt einen Zeitraum von etwa 50 Jahren und weist den Werdegang auf, der der Entwicklung psychischer Krankheitsgruppen bis auf den heutigen Tag eigentümlich ist: Nach der Heraushebung eines Kernes zusammengehöriger Krankheitsfälle und seiner festeren Umschreibung wird das Krankheitsgebiet immer mehr und mehr ausgedehnt, immer neue, an sich nur lose und äußerlich mit den ursprünglich gemeinten Erkrankungen zusammenhängende Zustandsbilder werden ihm angereiht, schließlich wird die Krankheitsgruppe zu dem großen Topf, in den alles, was bisher noch nicht seinen sicheren Platz in der psychiatrischen Systematik hatte, hineingezwängt wird, bis er überläuft und nun die Reaktion erfolgt, die überall Teile loslöst, bis von der einstigen Größe und Herrlichkeit nichts oder fast nichts übrigbleibt; dieses wenige wird ihr von manchen Seiten auch noch streitig gemacht, während andere Bemühungen den mühsam gewonnenen Kern der Krankheit zu erhalten suchen und ihr geben wollen, was ihr Recht ist. Die Entwicklung des Paranoiabegriffes ist ein klassisches Beispiel für diesen Vorgang, der auch heute noch nicht abgeschlossen ist.

Es soll an dieser Stelle darauf verzichtet werden, die Entwicklungsgeschichte der Paranoia in ihren Einzelheiten zu verfolgen. In der Monographie Werners, dem klassischen Paranoiareferat Cramers, sowie in der neueren Arbeit Schnizers ist der Gang der Entwicklung nachzulesen. Nur wenige Etappen, die Meilensteine auf dem Wege seien näher beleuchtet als Einleitung zu der Umgrenzung des Paranoiabegriffes, auf dem diese Arbeit fußt.

Bis zu der Zeit, wo Snell, Westphal, Sander Ausgangs der sechziger Jahre des vorigen Jahrhunderts für die Anerkennung der Paranoia als einer primären Erkrankung eintraten, hatte man besonders entsprechend der Lehre Griesingers als Verrücktheit den ungünstigen Ausgang vorangegangener krankhafter Störungen des Gemütslebens bezeichnet, sie also als Zustandsbild von Psychosen angesehen, die nach damaliger Anschauung mit einer melancholischen Phase begannen, der nacheinander, sofern die Erkrankungen nicht früher oder später zur Heilung kamen, ein manisches Stadium, ein Stadium der Verrücktheit, der Verwirrtheit, endlich der Blödsinn folgte. Die Verrücktheit wurde demgemäß stets als eine sekundäre angesehen. Nachdem sie nunmehr, besonders durch Westphals Lehre als eine selbständige Krankheit des Verstandes neben solche des Gemütes gestellt war, gab Griesinger im Jahre 1887 in Änderung seiner früheren Ansicht eine Umschreibung ihres Wesens, die der Definition der neuesten Autoren sehr nahe kommt. Er hob unter dieser Bezeichnung Krankheitszustände heraus, „wo die beiden Hauptarten der Primordialdelirien sich sehr langsam nebeneinander entwickeln, wo bei dieser Langsamkeit, die sich

über eine Reihe von Jahren erstreckt, die sich widerstrebenden Vorstellungen (Größen- und Verfolgungswahn) Zeit haben, sich allmählich zusammenzuordnen, zu durchdringen und zu festen Gedankenverbindungen, zu einem sog. System von Wahnvorstellungen aufs engste zusammenzuwachsen."

Im Gegensatze zu der Betonung der Langsamkeit der Entstehung und Fortentwicklung der Paranoia, wie sie sich bei Griesinger findet, erkannte Westphal auch eine akute Entwicklung und einen akuten Verlauf der Krankheit, ebenso wie abortive Formen derselben an. Es wurde dadurch dem größten Teile der psychischen Erkrankungen, soweit bei ihnen nicht Störungen der Affekte offenkundig im Vordergrunde standen und soweit Wahnvorstellungen überhaupt eine Rolle spielten, der Anschluß an die neu erblühende Krankheitsgruppe ermöglicht. Westphal zog auch die Kahlbaumschen Fälle von Katatonie in ihren Bereich; Werner sprach direkt von einer Paranoia catatonica. Als bezeichnend sei noch erwähnt, daß Scholz sogar in den protrahierten Formen des Delirium tremens das typische Bild eines primären halluzinatorischen Wahnsinns sah.

Zwar suchten schon früh einsichtsvolle Forscher, Meynert an der Spitze, dem Treiben Einhalt zu tun und die akuten Wahnsinnszustände, die mit höhergradiger Verworrenheit einhergingen, als Verwirrtheit von der Paranoia prinzipiell zu scheiden; doch die Unmöglichkeit, derartige kurz verlaufende Fälle von Amentia, wie Meynert sie nannte, die an sich auch nichts einheitliches darstellen, von den interkurrenten Aufregungs- und Verwirrtheitszuständen, wie sie in Fällen von sonst in allem den Westphal-Griesingerschen Anforderungen entsprechender Paranoia beobachtet wurden, nach dem augenblicklichen Zustandsbilde zu trennen, ließ diese Anschauung lange Zeit nur vereinzelte Anhänger finden. Neben Meynert lehnten vor allem v. Krafft-Ebing und Hitzig den Begriff der akuten Paranoia ab.

Das Paranoiareferat Cramers, das das Jahr 1892 brachte, zeigte so recht das Chaos völlig verschieden gestalteter und verlaufender Krankheiten, die die gemeinsame Bezeichnung „Paranoia" damals umschloß. Cramer faßte die Resultate seiner Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

„Wir haben gesehen:

1. Daß Verwirrtheit (Amentia), Wahnsinn und Verrücktheit klinisch und genetisch eine Reihe wichtiger Erscheinungen gemeinsam haben.
   a) Die Grundsymptome, Sinnestäuschungen, Wahnideen und Inkohärenz sind genetisch nahe miteinander verwandt.
   b) Das prädominierende Symptom der Verwirrtheit, des Wahnsinns und der Verrücktheit ist die Erkrankung der Verstandestätigkeit.
   c) Bei der Verwirrtheit, bei dem Wahnsinn und der Verrücktheit spielen die Affekte nur eine sekundäre Rolle.
   d) Verwirrtheit (Amentia) kann symptomatisch sowohl beim Wahnsinn als bei der Verrücktheit vorkommen.
2. Daß die differentialdiagnostischen Momente, welche geltend gemacht werden, um die Verwirrtheit, Wahnsinn und Verrücktheit zu trennen, die erwähnte gemeinsame Grundlage der drei Krankheitsbilder nicht erschüttern können.

3. Daß die Gruppe der einfachen, nicht komplizierten funktionellen Psychosen neben den Stimmungsanomalien, den Erkrankungen des Gemütes als zweite große Hauptform die Paranoia, die Erkrankungen des Verstandes, enthält.
4. Daß die Paranoia sich scharf von den Stimmungsanomalien und den komplizierten Psychosen trennt.
5. Daß demnach die Definition der Paranoia lauten muß: die Paranoia ist eine einfache funktionelle Psychose. Sie ist charakterisiert durch eine Erkrankung der Verstandestätigkeit, wobei die Affekte nur eine sekundäre Rolle spielen."

In der angeschlossenen Diskussion wurde wohl von einzelnen die Amentia von der Paranoia prinzipiell geschieden, in der Annahme einer akuten Form der Paranoia neben einer chronischen war man sich jedoch im wesentlichen einig.

Mit Cramers Definition hatte die Paranoia ihren Kulminationspunkt durchschritten; mehr und mehr wurde ihr Gebiet eingeschränkt. So definierte Hitzig die Paranoia 1895 als eine Geisteskrankheit von chronischem Beginne und ungünstiger Prognose, welche sich durch fixierte, häufig systematisierte Wahnideen charakterisiert, zu Anfang und häufig überhaupt ohne Verwirrtheit, vielmehr scheinbar mit vollkommener Luzidität, manchmal ohne, häufiger mit Halluzinationen und regelmäßig ohne ausgesprochene primäre affektive Erregung verläuft. Nicht zum wenigsten aber ist eine schärfere Umgrenzung des Begriffes der Paranoia unter der verdienstvollen Führung Kraepelins erreicht worden, vor allem durch den Ausbau der Krankheitsgruppen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins, von denen erstere berufen wurde, die Paranoia in ihrer Stellung als Sammelbecken klarer und besonders unklarer psychiatrischer Fälle abzulösen. Beide nahmen besonders die akuten und periodischen Paranoiafälle in sich auf, wenngleich einzelne Forscher, an der Spitze Ziehen, Siemerling, Thomsen auch heute noch an dem Bestehen einer akut entstehenden und akut verlaufenden, dabei zum Teil heilbaren Paranoia festhalten, das auch Stransky nicht ausschließen will.

War zu Anfang auch in der Systematik Kraepelins und seiner Anhänger für die Paranoia neben der Dementia paranoides noch ein zwar recht bescheidener, so doch wohl umgrenzter Platz, so wurde die letztere, anerkannt als Verlaufsform der Dementia praecox auf Kosten der Paranoia besonders dadurch mehr und mehr erweitert, daß alle Krankheitsfälle, die Wahnbildungen auf Grund oder unter dauernder Begleitung und wesentlichem Einflusse von Sinnestäuschungen zeigten, ihr ohne weiteres zugerechnet wurden. Andere Autoren gingen noch weiter. So schließt Klipstein, daß die Paranoia überhaupt nur eine Verlaufsform der Dementia praecox sei; Bleuler hält es ebenfalls für möglich, daß die Paranoia eine ganz chronisch verlaufende Schizophrenie sei, bei der der Krankheitsprozeß gerade noch zur Wahnbildung führte, um so mehr, als der Mechanismus der Wahnbildung bei beiden Erkrankungen der gleiche ist. Die Bedeutung der Halluzinationen und Illusionen in der Genese und dem Verlaufe der Paranoia hat von jeher eine große Rolle in dem Kampfe um ihr Bestehen gespielt und die Mehrzahl der Untersucher zur Aufstellung einer der Paranoia simplex gleichgeordneten Paranoia hallucinatoria geführt. Kraepelin und seine Schule wiesen

nun im Gegensatze zu namhaften Forschern, an deren Spitze Ziehen stand, diese letztere aus dem Bannkreise der Paranoia hinaus, lange Zeit zur Dementia paranoides, in neuester Zeit aber zusammen mit einer Anzahl phantastischer Wahnbildungen einer neuen Gruppe von angeblich zusammengehörigen wahnbildenden Psychosen mit neuem Namen, den Paraphrenien, zu, indem sie diese als eigentliche Krankheitsprozesse im Gegensatze zu den ihre besondere klinische Gestaltung allerdings erst im Kampfe mit dem Leben gewinnenden psychischen Mißbildungen, wie sie der Paranoia (im neuesten Kraepelinschen Sinne) zugrunde liegen sollen, ansprachen.

Eine weitere Gefahr entstand der Paranoia aus den Bestrebungen, die, angeregt durch die Lehren Magnans und seiner Nachfolger, die auf dem Boden der psychischen Entartung entstehenden wahnbildenden Erkrankungen von der echten Paranoia abtrennten. Magnan stellte dem Délire des persécutions Lasègues, dem Délire chronique Falrets eine Gruppe der Dégénérés héréditaires gegenüber, bei der die Krankheitssymptome bis in die Kindheit zurückzuverfolgen waren, körperliche Entartungszeichen bestanden, psychisch „irrégularité, disharmonie, deséquilibrement" nachzuweisen waren, und in unvermitteltem Ausbruch gleichzeitig oder regellos neben und nacheinander alle möglichen Formen der Wahnbildung meist abheilend und von kurzer Dauer bei vollem Bewußtsein bestanden. Neben diesen Zuständen erkannte Magnan noch ein etwa unserer heutigen Paranoia (Paranoia completa) entsprechendes Krankheitsbild, das Délire chronique à évolution systématique progressive (folie chronique régulière Camuset) an, bei dem einer Periode der Inkubation ein Stadium der Verfolgungs- dann der Größenideen folgte und schließlich eine Periode des Schwachsinns, d. h. der allmählichen Abschwächung der Urteilskraft, des Sinkens des geistigen Niveaus bei unverändertem Fortbestehen der alten Vorstellungen das Leiden beschloß. Auch in diesen Fällen kann zwar nach Magnans Anschauung wie bei jeder Geistesstörung eine erbliche Belastung vorhanden sein, sie ist es aber nicht in dem Maße, wie es bei den folies des dégénérés héréditaires die Regel ist.

Von den deutschen Autoren beobachtete schon v. Krafft-Ebing die Paranoia nur bei Belasteten, Schüle rechnete die originäre Verrücktheit und den Querulantenwahn zu den hereditären Irreseinszuständen, Kirchhoff gibt an, daß die Verrücktheit ausschließlich bei Belasteten vorkomme. Nach Friedmann ist für die Konsolidierung des Wahnes immer eine durch die präexistente spezifische geistige Veranlaguug des Individuums bewirkte Gedankenrichtung von einseitig affektiver Form maßgebend. Die Abgrenzung der Wahnbildungen bei Degenerierten gegenüber der echten Paranoia ist aber besonders durch die Schriften Wilmanns, Bonhöffers, Sieferts und vor allem durch Birnbaums grundlegende Arbeit zur allgemeinen Anerkennung gelangt. Sie haben gelehrt, daß auf dem Boden schwerer erblicher Belastung, die sich meist in einer Häufung körperlicher und psychischer Entartungszeichen kundgibt, unter stark affektbetonten äußeren Verhältnissen mit Wahnbildungen einhergehende Krankheitszustände entstehen können, die der Paranoia wohl im Zustandsbilde sehr ähnlich sind, die sich jedoch von ihr durch einzelne Symptome, vor allem aber durch Verlauf und Ausgang prinzipiell unterscheiden.

Versuchte so Kraepelin und seine Schule, die Paranoia in der Dementia praecox aufgehen zu lassen, zweigten andere nach dem Vorgange Magnans

die ausgesprochen degenerativen Wahnbildungen von ihr ab, so suchte Specht den verbleibenden Rest dem manisch-depressiven Irresein zu sichern, ausgehend von seinen wertvollen Forschungen über die Genese der Wahnbildungen aus affektiven Störungen heraus. Während im Anschlusse an Westphal die Mehrzahl der Untersucher die Paranoia als einen abnormen Vorgang im Vorstellen, eine Störung der Vorstellungssphäre (v. Krafft-Ebing), als Verstandesirresein in bewußten Gegensatz zu den Gemütskrankheiten brachten, auch Cramer sie noch als eine Erkrankung der Verstandestätigkeit, wobei die Affekte nur eine sekundäre Rolle spielen, definierte, betonte Moeli die ursprüngliche Beteiligung der Gefühle und Empfindungen in einzelnen Fällen von Paranoia, nachdem bereits Ganser die plötzliche oder allmähliche Entstehung der Wahnvorstellungen aus Stimmungen hervorgehoben hatte. Ebenso wurde von Friedmann und anderen die Bedeutung der einseitig affektiven Form der Gedankenrichtung für die Wahnrichtung und Konsolidierung und zum Teil ein primärer, anhaltender, starker, einseitiger Affekt für die Konzeption der Wahnideen angeschuldigt. Auch Sandberg, Wernicke, Kirchhoff und Siemerling maßen dem Affekte eine führende Rolle in der Wahnentstehung bei. Specht kam nun zu der Ansicht, daß die manisch-depressive Geistesverfassung, die leichte Lockerung der assoziativen Vorgänge und die assoziative Plusleistung, wie sie das Charakteristikum der hypomanischen Veränderung darstellten, zusammen mit dem pathologischen Grundaffekt die krankhafte Wahnfixierung des Paranoikers zustande brächten. Darnach war eine prinzipielle Scheidung der Paranoia von der chronischen Manie für Specht nicht mehr möglich, und er mußte die Paranoia im manisch-depressiven Irresein aufgehen lassen. Ennen bestätigte diese Anschauung, während andere, Margulies, Pick, Linke, Stransky, Krueger trotz aller Anerkennung der grundlegenden Bedeutung des pathologischen Affektes für die Genese der Paranoia den letzten Schlüssen Spechts nicht zu folgen vermochten.

Es war natürlich, daß sich in einer Zeit der Komplexforschung der Sauerteig Breuer-Freudscher Ideen auch der Paranoia zu bemächtigten suchte, um so mehr, als sich die Lehre von der affektiven Genese der paranoischen Vorstellungen gerade allgemeinere Anerkennung zu verschaffen begann. Vor allem die Züricher Schule (Bleuler, Maier) suchte Komplexe an der Wurzel der Wahnbildung bei der Paranoia, ein Bestreben, das von anderer Seite für die Entstehung der einzelnen Wahnideen teilweise anerkannt, für die Krankheitsentstehung als solche jedoch abgelehnt wurde (Kraepelin, Krueger).

Die neuesten Arbeiten über Paranoia beginnen, soweit sie nicht, wie die v. Hoesslins, Moravcsiks, Hübners völlig auf dem Boden Kraepelinscher Anschauungen stehen und zwischen Paranoia und Dementia paranoides liegende besondere Krankheitsgruppen annehmen, die Paranoia wieder zu erweitern, vor allem durch Anerkennung der Zugehörigkeit derjenigen chronischen wahnbildenden Erkrankungen sonst typisch paranoischer Art zu ihr, die dauernd mit zahlreichen Sinnestäuschungen einhergehen und durch besonders lebhafte Affekte, auch durch einige Eigenarten der Symptomatik und des Verlaufes eine besondere Varietät der Paranoia darstellen.

Außer von Kraepelin und seiner Schule ist das Vorkommen auch zahlreicherer Sinnestäuschungen im Verlaufe der Paranoia wohl allgemein anerkannt

worden. Ein Teil der Autoren steht dabei sogar auf dem Standpunkte, daß es wohl kaum einen Fall von Paranoia gäbe, der nicht in seinem Verlaufe zu irgendeiner Zeit Sinnestäuschungen aufweist (s. Neisser, Pilcz, Berger, Krueger). Vereinzelte Trugwahrnehmungen sind allerdings auch für Kraepelin kein Hinderungsgrund, die Diagnose Paranoia zu stellen. Ihm gegenüber sei auf Stransky hingewiesen, der sich nicht entschließen kann, „einen Fall von Paranoia bloß, weil er reichlicher halluziniert und reichlicher Wahngebilde produziert, darum schon nicht Paranoia zu nennen."

Von den neueren Schriften ist hier vor allem der Arbeit Kleists über die Involutionsparanoia zu gedenken, dessen Krankheitsbilder als der Paranoia halluzinatoria zugehörig von den jüngsten Autoren (abgesehen natürlich Kraepelin und seine Schule) durchweg anerkannt wurden, dessen weiteren Deduktionen, sofern sie die im Klimakterium beginnenden Paranoiaerkrankungen als besondere, von der Paranoia prinzipiell zu trennende darstellen wollen, die sich autochthon, d. h. aus inneren Ursachen heraus aus einer angeborenen, schon früh weiter entwickelten „hypoparanoischen" Konstitution unter dem Einflusse der klimakterischen Veränderungen herausbilden, jedoch die allgemeine Anerkennung mit Recht versagt blieb. Banse, Krueger, Berger beschrieben gleichartige Erkrankungen, in denen die Sinnestäuschungen einen hervorragenden Platz in der Genese bzw. der Ausbildung des Wahnes einnehmen. Krueger setzte sich besonders mit der neuen Paraphreniegruppe Kraepelins auseinander, die er als nicht einheitlich erkannte, die er zum Teil für die Paranoia in Anspruch nahm, zum Teil (Paraphrenia phantastica und einen Teil der Paraphrenia confabulatoria) der Dementia paranoides zuwies. Berger suchte mit Erfolg die Zusammengehörigkeit der Paranoia hallucinatoria und der Paranoia simplex besonders durch den Nachweis von Übergangsformen, in denen die Sinnestäuschungen erst spät im Krankheitsbild einer sonst typisch verlaufenden Paranoia simplex auftraten, zu erweisen.

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über die Geschichte des Querulantenwahnsinns. Die querulierende Form der Verrücktheit galt seit Beginn der Paranoiaforschung als der Prototyp der Erkrankung, weil an ihr die langsame, stetige, kombinatorische Verrückung der Stellung des Individuums zu seiner gesamten Umgebung, die Systematisierung des Wahnes neben der dauernden Erhaltung der psychischen Persönlichkeit und dem Ausbleiben einer Verblödung am deutlichsten hervortrat. Bald aber mußten diese Krankheitsfälle, die auf den ersten Anblick so weitgehende Zusammengehörigkeit zu zeigen schienen, die Abzweigung einzelner Gruppen erleiden, vor allem, soweit Traumen, Apoplexien, Alkoholismus, Senium als ätiologische Momente eine Rolle spielten (Köppen). Letzthin hat jedoch auch der Querulantenwahnsinn sich gefallen lassen müssen, wenigstens in der Kraepelinschen Systematik aus der Paranoia ganz zu verschwinden und in die Gruppe der psychogenen Psychosen eingereiht zu werden, „in die Nähe jener anderen, ebenfalls querulatorische Züge annehmenden Krankheitsformen," weil die Anknüpfung der Wahnbildung an einen bestimmten äußeren Anlaß, an die gemütlich stark erregende, wirkliche oder vermeintliche rechtliche Benachteiligung ihn von den ihm sonst ähnlichen Paranoiaformen unterscheiden soll. Er ist damit in die nächsten Beziehungen zu den Gefängnispsychosen und den Unfallneurosen gesetzt worden. Es soll gleich

vorweg genommen werden, daß diese jüngste (1915) Verrückung der psychiatrischen Systematik durch Kraepelin als keineswegs berechtigt anerkannt werden kann, schon, weil sich bei den in Frage stehenden Fällen von querulatorischer Verrücktheit stets noch andere, nach demselben Schema, aber unter der Form des Beziehungswahnes in die Erscheinung tretende Beeinträchtigungsideen nachweisen lassen (Hitzig), andererseits nach der Dauer und dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses eine nähere Zusammengehörigkeit z. B. mit den Gefängnispsychosen nicht bestehen kann. Daß auch die letzteren wie viele andere „psychogene" Krankheitszustände das Symptom des Querulierens zeigen können, steht damit nicht im Widerspruch.

Überblickt man die Geschichte der Entwicklung und der Schwankungen des Paranoiabegriffes, so zeigt sich, wie schon erwähnt, daß die Umgrenzung des Begriffes wieder etwa zum Ausgangspunkte zurückgekehrt ist. Wohl ist unsere Ansicht von der Entstehung der Wahnideen, von ihrer affektiven Genese eine andere geworden, wohl kennt unsere heutige Auffassung einen sekundären Blödsinn nicht mehr, — auch in dieser Frage besteht noch keine Einigkeit (s. z. B. Ziehen) — aber der größte Teil der neuesten Autoren hat sich doch, im wesentlichen unabhängig voneinander, auf einem Boden zusammengefunden, der der Griesingerschen Definition des Paranoiabegriffes sehr nahe kommt. Wenn auch der Entwicklungsgang der Erkrankung selbst heute noch nicht abgeschlossen ist, so verlohnt es sich doch, eine Beschreibung der Paranoia zu geben, wie sie, fußend auf Kraepelins älterer Auffassung, doch getrennt von ihm durch die weitere Entwicklung, die sich in divergierenden Richtungen vollzogen hat, insofern Kraepelin zu einer fortgesetzten Einschränkung, andere Autoren zu einer Erweiterung des Begriffes gelangt sind, sich heute darstellt.

Begriffsbestimmung.

Die Paranoia ist charakterisiert durch die Ausbildung eines Systems von Wahnvorstellungen der Beeinträchtigung und der Selbstüberschätzung, das logisch aufgebaut und weiterentwickelt wird, im wesentlichen aus dem Rahmen normaler Möglichkeiten nicht heraustritt und bei unbegrenzter Dauer die psychische Gesamtpersönlichkeit des erkrankten Individuums bis zu dessen Tode, abgesehen von einer, durch die mehr oder minder weitgehende Einengung des Interessenkreises hervorgerufenen Einbuße an psychischer Anpassungsfähigkeit, nur im Sinne des Wahnes verändert, ohne daß es auf außerhalb des wahnhaften Vorstellungskreises liegenden Gebieten bei Fehlen von Komplikationen zu beständigen Störungen kommt. Das Leiden ist ein ausgesprochen chronisches, das aus inneren Ursachen heraus auf dem Boden einer eigenartigen psychischen Veranlagung, der paranoischen Konstitution, unter allmählich zu krankhafter Höhe sich entwickelnden Affekten oder meist eigenartigen Affektmischungen zu einer schleichend beginnenden, langsam fortschreitenden Verrückung des Persönlichkeitsbewußtseins gegenüber der Umwelt führt, wobei dasselbe trotz der im Laufe der Erkrankung sich ausbildenden starken egozentrischen Einengung doch die höheren ethischen Gemeinschaftsgefühle, wie sie das Verhältnis zur Familie, zu den Mitmenschen darstellen, nur in Ausnahmefällen verliert. Gelegentlich kommt es zu kurzdauernden transitorischen Zuständen von Erregung (auch mäßiger Verworrenheit?), meist unter dem Einflusse besonders

zahlreicher und intensiver Sinnestäuschungen. Die Wahnvorstellungen, deren Grundidee in ihrem Kern absolut stabil, sich höchstens im Sinne des weiteren Ausbaues fortschreitend verändert, wozu mannigfache ausschmückende und erklärende Vorstellungen in häufigerem Wechsel, im Anschlusse an äußere Eindrücke, zum Teil unter dem Einflusse von Erinnerungsfälschungen oder Sinnestäuschungen, treten können, haben für den Kranken absoluten Realitätswert; sie beherrschen sein Denken und Handeln, soweit nicht alteingewurzelte, im vorpsychotischen Individualcharakter festgegründete Strebungen, mit denen aber bald eine innige Verbindung hergestellt wird, dem entgegen wirken. Zu einer völligen Umwandlung oder gar Zerrüttung der Persönlichkeit kommt es niemals. Die formale Ordnung und Klarheit des Denkens, Wollens und Handelns bleibt erhalten, da weder das Gedächtnis noch die Urteilskraft an sich geschädigt werden. Inhaltlich wird ein großer Teil des Denkens von den dominierenden Wahnvorstellungen in Anspruch genommen und demgemäß auch das Wollen und Handeln in die Richtung des herrschenden Wahnes abgedrängt. Auf dem einmal eingeschlagenen Wege schreitet aber sowohl das Denken für lange Zeit in einer auch für den Geistesgesunden verständlichen, logischen Weise weiter, als auch bleiben die daraus entspringenden Willensäußerungen mit den ihnen folgenden Handlungen durchaus geordnet und durchsichtig. Ebenso erleidet die Affektivität keine prinzipielle Änderung gegenüber dem vorpsychotischen Zustande, wenn auch entsprechend den pathologischen Vorstellungen, besonders aber den häufigen krankhaften Sinneswahrnehmungen eine stärkere Labilität der Affekte wie stets eine abnorme Höhe derselben sich findet. Sinnestäuschungen sind wohl in jedem Falle von Paranoia vereinzelt vorhanden; in einer Anzahl von Fällen beherrschen sie das Krankheitsbild, üben einen wesentlichen Einfluß auf dessen Weiterentwicklung aus, können die Wahnbildung auch einleiten.

Den Ausgang des unkomplizierten Leidens, das durch den Tod an Altersschwäche oder durch interkurrente Erkrankungen geendigt wird, bildet ein eigenartiges psychisches Siechtum, das durch die immer stärkere Verrückung der Stellung des Individuums zur Umgebung und die den Wahnvorstellungen entsprechend sich ausbildende Einengung der Interessensphäre sich charakterisiert, ohne daß es zu wirklicher intellektueller Einbuße, affektiver Stumpfheit oder ethischem Verfalle kommt. Nachdem er jahrzehntelang seinen Verfolgern gewehrt, die Verwirklichung seiner Größenideen erstrebt, für sein Recht gestritten hat, läßt der Paranoiker, zermürbt durch den steten Kampf, unter dem Einflusse meist früh und stark auftretender Alterserscheinungen, an Spannkraft nach, ohne seine Ideen, die er unverändert vorbringt, zu korrigieren, ohne gemütliche oder intellektuelle Verblödung, bis der Tod seinem Fürchten und Hoffen ein Ziel setzt.

Aus äußeren Zweckmäßigkeitsgründen wird dieses, in sich geschlossene Krankheitsbild im folgenden in drei Untergruppen zerlegt, die als Paranoia combinatoria, Paranoia hallucinatoria und Paranoia querulatoria zu bezeichnen sind. Die halluzinatorische unterscheidet sich dabei von der rein kombinatorischen Form durch die große Zahl, die Stärke und besonders durch den beherrschenden Einfluß, den die Trugwahrnehmungen verschiedenster Art und der verschiedensten Sinnesgebiete auf die Entstehung und Weiterentwicklung des Wahns ausüben. Eine prinzipielle Scheidung beider Formen besagt diese Ein-

teilung nicht; bei der Paranoia combinatoria sind wohl stets im Verlaufe der Jahre mindestens vereinzelte Sinnestäuschungen nachzuweisen, die Paranoia hallucinatoria kann eine rein kombinatorische Genese der Wahnvorstellungen zeigen, Übergangsformen aller Art führen von der einen zur anderen Form hinüber. Die dritte Untergruppe, die Paranoia querulatoria endlich umfaßt eine Anzahl von Krankheitsbildern, die die eigenartige Richtung des Grundwahnes kennzeichnet, bei der aber stets auch andersartige Beziehungsideen, sowohl der Beeinträchtigung wie der Selbstüberschätzung im Verlaufe der Erkrankung nachweisbar werden. Gemeinsam ist allen drei Formen die Ätiologie, das Herauswachsen aus einer speziellen psychischen Konstitution, die Krankheitsentwicklung und der Krankheitsausgang, die deshalb zusammen besprochen werden.

Die paranoische Konstitution.

Die Paranoia entsteht aus einer eigenartigen seelischen Veranlagung heraus, die auch in der vorpsychotischen Zeit die Grundzüge des späteren Wahnes mehr minder ausgeprägt widerspiegelt; der Paranoiker wird geboren. Schon Sander fand, daß seine originäre Verrücktheit, die zwar sehr verschiedenartige, von der Paranoia im oben umgrenzten Sinne abweichende Krankheitszustände umschloß, in der Kindheit stille, zurückhaltende Individuen beträfe, durch deren Neigung zu phantastischen Träumereien Gedankenreihen entständen, die dem späteren Wahne die charakteristische Färbung gäben. In ihren späteren Lebensjahren entwickelten sie sich zu isolierten, affektierten, empfindsamen, reizbaren, im Verkehr scheuen, dabei schwärmerischen, idealistischen, energielosen, pedantischen Menschen, die leicht exaltiert, leicht verzweifelt, Sonderbarkeiten und bizarre Launen zeigten. Werner rechnete zu den für die Paranoia disponierten „einen großen Teil derjenigen Menschen, die, wie Maudsley sagt, an einer mangelhaften und unbeständigen Konstitution der Nervenelemente litten", die durch plötzliche sonderbare und triebartige Kapricen charakterisiert sind, Menschen, die man gewöhnlich eigentümlich oder verschroben nennt, bei denen man in vielen Fällen als Grund der Exzentrizitäten, die sie im Handeln, Fühlen und Denken zeigen, eine geistige Abnormität annimmt. Der Zänkische, Streitsüchtige wird Querulant, der Mißtrauische bekommt Verfolgungs-, der Hochmütige Größenideen, der Frömmler religiösen, der Erotische sexuellen Wahn. Friedmann sah die spezifische Geistesanlage des Paranoikers darin, daß dieser von früh auf Sklave seiner psychischen Erregbarkeit und seiner Affekte ist, daß er nicht lernt, sein Affektleben, sein Affekturteil hinreichend durch Gedankengänge in Perioden ruhiger Reflexion zu rektifizieren. Es handele sich um Menschen mit ernsthaftem Wesen und Zielen, dabei sehr empfindliche, stets mit sich beschäftigte Charaktere, die oft durch Mißgeschick verbittert, ein einsiedlerisches Leben führen und, zeitlebens verschroben, eine Schwäche der altruistischen Gefühle trotz normaler Urteils- und Denkkraft zeigen. Tiling fand, daß Hochmut, Empfindlichkeit, Leichtverletzlichkeit, Reizbarkeit und Rachsucht zum Querulanten, Hochmut verbunden mit Selbstvertrauen, Entschlossenheit, Ehrgeiz und Rücksichtslosigkeit zum Megalomanen disponieren. Gaupp hält von jeher gutmütige und bescheidene, wenig selbstsichere, ängstliche, bis zur Skrupulosität gewissenhafte, reflektierende, kritische Naturen für besonders zum paranoischen Wahne veranlagt. Eine spezielle lebhafte Art der Affektivität

neben einem gelockerten Zusammenhang der Assoziationen oder eine Mischung von beidem fand Maier, eine angeborene Affektstörung auch Lehmann bei Individuen, die später der Paranoia anheimfallen.

Besonders eingehend hat sich Dieckhoff mit der von ihm als „Paranoesie" bezeichneten Denkweise dieser Gruppe von Psychopathen beschäftigt. Er fand eine Unfähigkeit, die äußeren Eindrücke immer in entsprechender Weise und in richtiger Wertschätzung zu verarbeiten, eine Mangelhaftigkeit der gegenseitigen Korrektur der einzelnen Empfindungen und Sinneseindrücke untereinander, daneben Verdrehtheiten, Neigung zu schiefen und einseitigen Urteilen und paradoxen Behauptungen, sprunghaften Gedankengang. Die Individuen sind von jeher phantastisch, träumerisch oder skeptisch, dünkelhaft, zaghaft, ängstlich, verschlossen, zur Einsamkeit geneigt, sonderbar, schwer verständlich; zu ihnen gehören die Sonderlinge, Originale, verdrehten Menschen mit ihren schiefen Auffassungen, barocken Ansichten und Urteilen, ihren bizarren Handlungen.

Kleist beschrieb eine „hypoparanoische Konstitution" als Grundlage der Involutionsparanoia, die zu der großen Gruppe abnormer Konstitutionen gehöre. Seine Kranken trugen meist schon in der vorpsychotischen Zeit den Stempel der späteren seelischen Veränderung in abgeschwächter Form an sich. In vieler Beziehung wertvolle Persönlichkeiten, tätige, gewissenhafte Menschen von unermüdlichem Fleiße, sparsam, aufopferungsfähig, gewandt, waren sie andererseits stets von sich eingenommen, eigenwillige, dabei häufig empfindsame, reizbare und mißtrauische Menschen. So mannigfach später in der ausgebildeten Psychose die Affektmischung jedes einzelnen Falles schillerte, so verschiedenartig nuanciert war die Affektkonstitution in der früheren Persönlichkeit, und auch die besondere Eigenart jeder paranoischen Psychose entsprach der persönlichen Färbung des vorpsychotischen Temperamentes, eine Übereinstimmung, die ebenso die nicht affektiven Eigenschaften betraf. Nirgends bedeutete die Psychose einen völligen Bruch mit der früheren Persönlichkeit. Im Gegensatze sei die frühere Ansicht Neissers erwähnt, die jede Verwandtschaft zwischen Individualität und Paranoia bestritt.

Nach Kraepelin kann von einer einheitlichen paranoischen Veranlagung vorderhand nicht die Rede sein, wenngleich die Kranken vielfach von vornherein deutlich persönliche Eigentümlichkeiten boten, wie reizbares, aufgeregtes, bisweilen rohes, gewalttätiges Wesen, oder aber Mißtrauen, Eigenwillen, Aberglauben, Ehrgeiz, Unstetigkeit, Willensschwäche, alles Eigenschaften, die ihnen die Einfügung in das Gemeinschaftsleben wesentlich erschweren müssen.

Köppen endlich fand mit Bezug auf den Querulantenwahnsinn, daß es sich in einem Teile der Fälle um von Jugend auf mit verbrecherischen Neigungen behaftete, vielfach vorbestrafte, rechthaberische Individuen handelte, die stets Lust am Skandal, am Denunzieren und Hetzen, Neigung, an anderen Fehler aufzudecken, zeigten. Daneben fand sich ein ausgesprochener Mangel konsequenter Lebensführung und damit die Unfähigkeit, eine feste Lebensstellung zu erringen und sich zu erhalten. Im Gegensatze dazu ergab nach Kraepelin die Vorgeschichte nur in wenigen Fällen, daß die an querulierender Paranoia Erkrankten bereits vor der Psychose streitsüchtig gewesen waren; meist war der die Krankheit auslösende Rechtsstreit der erste im Leben des Individuums,

das nicht selten als im gewöhnlichen Verkehr ganz verträglich, wenn auch vielleicht etwas sonderbar bezeichnet wurde.

Nach den Schilderungen, die uns von dem Charakter der Paranoiker in ihrer vorpsychotischen Zeit gemacht werden, befällt die Paranoia meist intellektuell nur mäßig begabte, dabei sehr tätige, fleißige Persönlichkeiten, deren Gemütsleben bereits früh Zeichen abnormer konstitutioneller Veranlagung an sich trägt. Es handelt sich um eine besondere Gruppe aus dem großen Kreise der psychischen Degenerationen, deren Glieder in der Quantität und Intensität der Einzelerscheinungen wohl ihre persönliche Note erhalten, wobei im Anfange aber noch nicht zu erkennen ist, wohin die krankhafte Anlage steuert. Allmählich bildet sich aus dem „allgemeinen degenerativen Grundmyzel" (Alzheimer), wesentlich aus inneren Ursachen, unter dauernder Einwirkung äußerer Momente (Erziehung, häusliche Verhältnisse, Berufsstellung, Lebensschicksale usw.) die spezielle Tendenz zur paranoischen Denkweise heraus.

Die Unausgeglichenheit der gemütlichen Funktionen pflegt schon in jungen Jahren eine sehr große zu sein und sich auch im späteren Alter nicht zu vermindern. Es sind Individuen, die den Extremen zuneigen, die aber nicht, wie es man bei den zum manisch-depressiven Irresein Veranlagten findet, dauernde starke Schwankungen des Gemütslebens zeigen, sondern bei denen sich schon früh eine starke einseitige Denk- und Gefühlsrichtung ausbildet, die sich dafür um so mehr konsolidiert. Der Wandelbarkeit des Denkens, der Labilität der Affekte des Zyklothymen steht die dem einseitigen Extrem zuneigende, mehr solide Gemüts- und Charakterausbildung der paranoischen Konstitution gegenüber. Die einen Individuen sind von Jugend auf hochmütig, überlegen, rechthaberisch, herrisch, ehrgeizig, zeigen große gemütliche Reizbarkeit, Launenhaftigkeit und erhöhtes Selbstbewußtsein, vertragen keinen Tadel. Die anderen sind stets gutmütig und bescheiden, sehr empfindsam, furchtsam und schüchtern, dabei meist träumerisch und phantastisch. Wieder andere sind mißtrauisch, sehr empfindlich im Ehrgefühl, dabei eigenwillig und selbstbewußt, neigen zu strenger Kritik ihrer Mitmenschen. Andere sind religiös, bigott-fromm, grüblerisch, asketisch, abergläubisch. Viele zeigen schon frühzeitig einen Hang zur Einsamkeit, sind verschlossene, schwer verständliche Naturen, mit denen sich in gemütlichen Kontakt zu setzen unmöglich ist, fast allen ist ein sehr geringer Grad von Selbstsicherheit trotz starker Betonung des Ichbewußtseins eigen. In sexueller Beziehung erscheinen sie meist äußerlich frigide oder aber unentschlossen in der Wahl, anspruchsvoll und sprunghaft in ihren Neigungen.

Es sind demnach Individuen, die schon von Jugend auf sich in den Rahmen des Gesellschaftskreises, in dem sie stehen, nicht einzufügen vermögen, sei es, daß sie über ihn hinausstreben, sei es, daß angeborene Eigenschaften ihnen den Verkehr mit den Mitmenschen überhaupt erschweren bzw. unmöglich machen. Bei den meisten findet ferner das Ichgefühl eine besondere Betonung, insofern dasselbe über Gebühr in den Vordergrund tritt; die Sehnsucht nach Hohem und Großem, das geheime Drängen nach kühner Betätigung (Kraepelin) muß schon frühzeitig zu Konflikten mit der Umgebung, meist schon gelegentlich der Erziehung führen, die für die weitere Ausbildung der einseitigen Affektivität und Denkweise von größter Bedeutung ist. Gelingt es den nächsten Angehörigen aber vielleicht noch, sich in gemütlichen Rapport mit dem Kinde zu setzen und

mildernd auf dessen eigenartiges Auffassungs- und Gemütsleben einzuwirken, so tritt die Krisis ein, sobald das Individuum des häuslichen Schutzes entbehren und auf eigenen Füßen stehen muß. Es vermag sich nicht anzupassen, das für das Gemeinschaftsleben dringend notwendige Abschleifen der Einzelglieder aneinander ist ihm unmöglich, die Konflikte mit der Umgebung mehren sich, eine starke Verdrossenheit und Verbitterung tritt ein; es kommt zu äußerlicher Zurückgezogenheit, Einkapselung in die eigenen Ideen, damit zur Verstärkung der ursprünglichen Gefühls- und Charaktereigenschaften, deren durch die Umwelt ungehinderte Ausbildung eine Hypertrophie derselben mit sich bringt. Damit sind die Möglichkeiten gegeben, die die paranoische Denkweise zur Paranoia werden lassen, die aus dem natürlichen, angeborenen Charakter des Individuums, in dem sie bereits präformiert liegt, herauswächst. Die Individuen werden zu phantasievollen Träumern, mißtrauischen Kleinigkeitskrämern, Hagestolzen, ekstatischen Frömmlern, Leuten mit übertriebenem Rechtsgefühl und dabei stark ausgeprägtem Persönlichkeitsbewußtsein, mit anderen Worten zu Sonderlingen und Originalen, die schon der Laie als verdrehte Menschen bezeichnet, die durch ihr schrullenhaftes Wesen, ihre schiefen Ansichten und Urteile, ihre schwer verständlichen, aus dem Rahmen des gewöhnlichen herausfallenden Handlungen, durch ihre eigenartigen Neigungen in positiver wie negativer Richtung auffallen.

Ein nach den eigenen Erfahrungen verhältnismäßig kleiner Prozentsatz der Paranoiafälle entsteht auf der Grundlage eines geringen bis mäßigen angeborenen Schwachsinns. Die Annahme Hitzigs, daß die Kritiklosigkeit des Paranoischen gegenüber den eigenen Wahnideen ein Ausdruck „intellektueller Schwäche" sei und daß, da dieselbe die Ursache der Wahnbildung darstellt, die Paranoia stets ein Ausdruck von Geistesschwäche ist, wenigstens stets auf dem Boden einer zerebralen Invalidität entstände, die Jung, Salgo, Schneider mehr weniger bestätigten, ist sicher zu weit gegangen, selbst wenn man dem Begriffe der geistigen „Schwäche" eine außerordentlich weite Umgrenzung gibt. Der Ausdruck Geistesschwäche muß für die intellektuellen Minderwertigkeiten vorbehalten bleiben, die sicherlich nur bei einer geringen Anzahl von Paranoikern nachzuweisen sind, während ein anderer Teil gerade zu den intelligenteren Menschen gehört. Auf diese Frage wie auf die Schwierigkeiten, die dem Nachweis einer zerebralen Invalidität bei der Paranoia entgegenstehen, soll weiter unten gelegentlich der Besprechung des Ausganges der Erkrankung näher eingegangen werden.

Aus den obigen Ausführungen geht bereits die große Bedeutung hervor, die die Affektivität in der paranoischen Konstitution und ihrer Weiterbildung besitzt. Schon Ganser zeigte, daß Wahnvorstellungen plötzlich oder allmählich aus Stimmungen entstehen können; besonders begünstigt nach seiner Ansicht der Affektzustand der unbestimmten Unruhe, des Mißtrauens und Verdachtes, das Gefühl der Insuffizienz, Angst, Ratlosigkeit, Erregung, gespannten Erwartung die depressive Wahnbildung. Moeli fand häufig einen primär veränderten Affektzustand wie Unruhe, Mißtrauen und Empfindlichkeit im Beginne der Paranoia. Nach Sandberg entsprechen die Wahnideen dem Affekte, aus dem sie geschlossen werden; die Kleinheitsidee der Depression, die Größenidee der Euphorie und die Verfolgungsidee dem Mißtrauen. Im Gegensatze dazu sprach

sich Linke dahin aus, daß der Affekt der gespannten Erwartung, „der objektlose Erwartungsaffekt" die primäre Gefühlsstörung im Beginne der Paranoia bilde, ein Affekt, der als ein physiologischer anzusehen sei, solange er ein Objekt hat und die Höhe des Affektes dem Werte des Objektes entspricht, der aber zum pathologischen werde, sobald das den Affekt hervorrufende Objekt bedeutungslos ist oder aber überhaupt fehlt. Dabei tritt die Wahnidee in dem Momente hervor, wo der Mensch das Bewußtsein der primären Natur der ihn beherrschenden Spannung verliert. Zunächst ist nur das lästige spannende Gefühl, daß etwas in der Luft liegt, vorhanden; der Paranoiker kämpft in dieser Periode noch gegen die Annahme einer Veränderung der Außenwelt. Allmählich wird dann der Affekt auf die Außenwelt projiziert. Wernicke nahm an, daß seine zirkumskripten Autopsychosen oder fixen Ideen aus überwertigen Vorstellungen, Eigenbeziehung und gesteigerter affektiver Erregbarkeit bei intaktem Bewußtsein entstehen. Specht trat für die Entstehung der Paranoia aus dem Mischaffekte des Mißtrauens ein. Pick hält dagegen ähnlich wie Linke nicht einen besonderen Affekt, sondern die unbestimmte Unruhe oder, allgemeiner ausgedrückt, den Erwartungsaffekt für die Grundlage der krankhaften Eigenbeziehung. Das Bestehen einer mißtrauischen Verstimmung im Beginne der Paranoia fanden auch Störring und Margulies, die letzterer aus dem Affekte der unbestimmten Unruhe entstehen läßt. Nach Kleist sind die Wahnvorstellungen in ihrer ganz überwiegenden Mehrzahl an krankhafte Veränderungen des Affektlebens geknüpft; die Stimmungslage ist dabei eine zusammengesetzte, wie bei Ängstlichkeit, Argwohn, Mißtrauen, Zorn, Entrüstung, Erbitterung, Rachsucht, Eifersucht. Eine krankhafte Affektüberfülle, wie sie sich bei psychisch Minderwertigen findet, nimmt Schneider für die Ursache der Urteilstrübung, aus der paranoische Ideen entstehen können, in Anspruch; auf die Beeinträchtigung der Fähigkeit zu sachlichem Abwägen durch gemütliche Spannungen weist Kraepelin hin. Schultze meint, daß dem Affektreichtum auch der Ideenreichtum entspräche. Von den neueren Autoren hält nur Moravcsik den affektiven Faktor in der Genese der paranoischen Ideen für sekundär.

Alles, was von den Autoren als für die Paranoia grundlegender Affekt angesprochen worden ist, ist eigentlich gar kein Affekt, sondern ein Gemütszustand mit intellektuellen Komponenten, der seinerseits von Affekten, meist einer Affektmischung, die an sich wieder mannigfach zusammengesetzt sein kann, begleitet wird. Für das Mißtrauen hat Bleuler das nachgewiesen. Dasselbe gilt aber auch für den „Affekt" der gespannten Erwartung, der allgemeinen inneren Unruhe u. a., die als grundlegende Stimmungsanomalien aufgefaßt wurden. Allerdings pflegen diese Zustände von derartig starken Affekten begleitet zu sein, sie sind so wenig denkbar ohne diese starke Affektbetonung, daß derselben überragende Bedeutung an ihrem Zustandekommen beigemessen werden muß, so daß in letzter Linie doch der Affekt, der die genannten seelischen Zustände hervorbringt und begleitet, als die Stimmungslage, das Denken, Wollen und Handeln des Paranoikers in der Zeit vor der Wahnbildung und während der Wahngenese beherrschend angesehen werden muß.

Von den genannten psychischen Zuständen ist in der Tat in vielen Fällen ein starkes, mehr minder begründetes Mißtrauen schon das Hauptzeichen der paranoischen Konstitution; noch häufiger wird es in der Zeit vor der Konzeption

der ersten Wahnidee durch den Paranoiker als Begleiterscheinung der sich herausbildenden krankhaften Eigenbeziehung angetroffen. Der Grad dieses Mißtrauens schwankt; meist steigert es sich von einem noch als normal anzusehenden zu pathologischer Höhe in langsamer Progression. Mit ihm wächst der begleitende Affekt, in dem die Unlustkomponente bei weitem überwiegt, wenn es sich auch nicht um einen reinen Unlustaffekt handelt. Im Anschluß an Situationen, in denen ein gewisses Mißtrauen berechtigt ist, in Lebensverhältnissen, die mit großer Spannung des Selbstbewußtseins wenigstens subjektiv ungenügende äußere Anerkennung einhergehen lassen (z. B. Gouvernanten, Lehrer), kommt es zur Ausbreitung desselben auf die gesamte Außenwelt, zur Irradiation des begleitenden Unlustaffektes, und in diesem Momente ist die Entwicklung von Beeinträchtigungsideen nur noch eine Frage der Zeit.

Bei den geschilderten hochmütigen, selbstbewußten, rechthaberischen, ehrgeizigen Naturen birgt die egozentrische Charakterausbildung eine besondere Affektbetonung aller Ereignisse, die jeder Mensch im Lichte seines derzeitigen Affektzustandes sieht, in sich. Diese Individuen befinden sich in dauernder Oppositions- und Kampfesstimmung; eine zornige, stets angriffsbereite Reizbarkeit ist vorherrschend. Die Kampfesstimmung ist meist von einem Mischaffekt der Lust und Unlust begleitet, letztere entstanden infolge der darin enthaltenen, zum Teil unbewußten Abwehr geheimer aus dem Erwartungszustande sich ergebender Befürchtungen. Es pflegen sich auch bei diesen Individuen, sofern die paranoische Konstitution zur Paranoia wird, Verfolgungsideen zu entwickeln, die sich aber sofort oder doch bald mit Größenvorstellungen innig verbinden. Zur Entstehung der Wahnideen führt hier die Ausbreitung der krankhaften Affektmischung auf alle psychischen Vorgänge und meist eine weitere Steigerung der Betonung des Ichbewußtseins.

Daß bei den religiösen, bigott-frommen, grüblerischen, zur Ekstase neigenden Personen ein Affekt grundlegend und ausschlaggebend ist, bedarf keiner weiteren Erörterung. Unsere ganze Religion wendet sich ja nicht an die Intelligenz des Menschen, sondern an sein Gefühlsleben, an seine Affektivität; verstandesmäßig ist nichts davon zu begreifen außer der Hoffnung des Menschen auf ein besseres Jenseits nach der Not und Trübsal dieses Lebens und seinem Streben danach. Schon darin liegt wieder die außerordentlich starke und wirksame Lustkomponente des religiöse Dinge begleitenden Affektes, die zum religiösen Größenwahn disponiert. Nur in selteneren Fällen überwiegt der Unlustaffekt infolge der Besorgnisse wegen der eigenen Sündhaftigkeit, der zu entsprechenden Ideen der Versündigung führt. Es zeigt sich hier wieder, daß dieselbe Veranlagung je nach der Affektbetonung zu entgegengesetzten Wahnvorstellungen führen kann, ein weiterer Beweis für die ausschlaggebende Rolle, die die Affektivität in der paranoischen Konstitution und ihrer Weiterbildung zur Paranoia spielt.

Noch weniger als eine Erörterung der Bedeutung der Affektivität bei den religiösen Schwärmern ist eine solche für die Sexualität des Menschen notwendig. Auch hier wird es je nach der Affektkomponente, die in der Sexualität der zur Paranoia disponierten Individuen überwiegt, zu Beeinträchtigungsideen, speziell dem Eifersuchtswahn, oder zu erotischen Selbstüberschätzungsvorstellungen kommen. Daß dabei im ersteren Falle, wie besonders nach den Erfahrungen, die an andersartigen Kranken, den Alkoholikern, gemacht sind, wahrscheinlich

tatsächliche Veränderungen der geschlechtlichen Funktionen, Abnahme der sexuellen Potenz trotz großer Begehrlichkeit, bzw. eine beginnende Frigidität zugrunde liegen, ist unwesentlich. Die auf die lebhafte Sexualität gerichtete individuelle Anlage mit ihrer außerordentlich starken Affektbetonung ist doch als das Ausschlaggebende zu betrachten; die Rolle, die der Alkohol mit seiner das Gemütsleben besonders reizenden Wirkung beim Eifersuchtswahn des Trinkers spielt, gibt bei dem Paranoiker die angeborene pathologische Affektlage ab.

Das Gemütsleben der bescheidenen, empfindsamen, schüchternen, dabei träumerischen und phantasiereichen Naturen ist von einem Gemisch von Lust- und Unlustaffekten begleitet. Es ist jedoch gewöhnlich, daß diese Individuen trotz der vielen Enttäuschungen, die sie infolge ihrer gänzlichen Unfähigkeit, sich und ihrer Tätigkeit die Anerkennung zu verschaffen, die ihnen gebührt, erleben, nicht dem Beeinträchtigungswahn sondern dem primären Größenwahn zutreiben. Besonders ein großer Teil der krankhaften Erfinder geht aus dieser Gruppe paranoischer Konstitutionen hervor, die jahrzehntelang still für sich ihren Ideen nachhängen, sie ausarbeiten und zu vervollkommnen suchen, unbekümmert um zahlreiche Enttäuschungen, um die Sorge um das tägliche Brot an ihren Stern und ihr Talent glauben, oft, ohne daß es bis zu ihrem Ende zu dauernden Beeinträchtigungsideen kommt.

Ein Mischaffekt beherrscht die Individuen, die zur querulierenden Verrücktheit disponiert sind, mit ihrer aus Mißtrauen, Kleinlichkeit und Verbohrtheit, Eigenwilligkeit und Selbstbewußtsein gepaart mit großer Empfindlichkeit des eigenen Ehrgefühls zusammengesetzten Charakteranlage. Bei dieser Art von krankhafter Veranlagung ist die unlustbetonte Affektseite die überwiegende; es pflegen sich deshalb neben dem Gefühle der Kränkung des eigenen Rechtes stets noch andere Beeinträchtigungsideen herauszubilden, während die verborgenen Selbstüberschätzungsvorstellungen erst in späteren Stadien des Leidens hervortreten.

Die paranoische Konstitution wächst sich so unter dauernder Führung der Affekte aus den Zeichen der allgemeinen degenerativen Psychopathie in der Kindheit aus und macht die Menschen, denen sie anhaftet, mit der Zeit zu asozialen Individuen, die für das Gemeinschaftswesen unbrauchbar, einsiedlerisch dahinleben, keinen Verkehr, häufig nicht einmal mit den nächsten Angehörigen pflegen, in ihrer Beschäftigung versimpeln, auch wenn sie auf diesem einseitigen Gebiete, oft gerade durch das völlige Sichversenken in die spezielle Materie, zu dem sie durch ihre Veranlagung geneigt sind, hervorragendes leisten, zu Sonderlingen, Originalen werden, ohne daß sie zu den Geisteskranken zu zählen wären. Eingekapselt in sich selbst, behütet von irgendeinem alten Faktotum, das ängstlich jede Störung von außen abzuhalten sucht, dabei sich oft auf dem Wege der psychischen Induktion die Denkart des Herrn zu eigen macht, vielfach die Liebe und Freundschaft, die sie den Mitmenschen versagen, auf ihre Haustiere übertragend, stets beschäftigt mit ihren Lieblingsideen, ihrem Lieblingsstudium, ihren Sammlungen, ihren Erfindungen, nehmen sie an ihrer Umgebung, die sie mit äußerstem Mißtrauen beobachten, keinen Anteil und werden so infolge der persönlichen Färbung ihrer Beziehungen zur Außenwelt einseitig und schief in Ansichten und Urteilen, eigenartig in ihren Gefühlen, bizarr in ihren Handlungen. Derartige Individuen sind verhältnismäßig nicht selten; sie zeigen den

höchsten Grad der paranoischen Konstitution, sie stehen ein Leben hindurch auf des Messers Schneide zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit, befinden sich sozusagen ihr ganzes Leben lang auf dem Wege zur Paranoia, so daß oft schwer zu entscheiden ist, wo die Sonderbarkeit aufhört, wo die Paranoia beginnt.

Doch nur ein Teil derartiger Individuen bleibt auf dieser erträglichen Stufe paranoischer Denk- und Handlungsweise stehen; in einem anderen kommt es zur Entstehung von eigentlichen Wahnvorstellungen und damit zur Paranoia. In weiterer Ausbildung der der paranoischen Konstitution eigentümlichen Reaktionsweise, die den Beziehungsideen den Boden bereitet, tauchen Ideen der Beeinträchtigung, der Größe auf, oder aber es kommt zu den eigenartigen, als querulierende Paranoia bezeichneten Beeinträchtigungsvorstellungen auf rechtlichem Gebiete verbunden mit andersartigen Beziehungsideen.

Die Entwicklung der Paranoia.

Nachdem durch jahrelange, schleichend fortschreitende Weiterentwicklung der paranoischen Konstitution ohne eigentliche Umwandlung der Persönlichkeit, ohne daß es an einer Stelle zu einem Bruche mit den individuellen Charaktereigenschaften, die jedoch oft karikaturenhaft verzerrt werden, kommt, sondern nur durch eine Verrückung des Standpunktes der im Kern unveränderten Gesamtpersönlichkeit zur Umwelt unter dauernder Begleitung und Führung sehr lebhafter Affekte der krankhafte Gemütszustand und die abnorme Denkweise eine gewisse Höhe überschritten hat, bildet sich langsam eine pathologische Affekthöhe heraus, die jedes Erlebnis, jede Empfindung, ja die eigenen Gedanken in dem besonderen Lichte dieses Affektes erscheinen läßt. Die Entstehung der ersten Wahnidee aus diesem gespannten Gemütszustande und damit der Beginn der paranoischen Erkrankung erfolgt meist wieder unter Verhältnissen, die eine große Einwirkung auf die Affektivität haben, in denen innere oder häufiger äußere Ursachen die schon gegebenen Affekte noch verstärken bzw. einen Affektsturm verursachen. Die Lebensschicksale spielen dabei eine große Rolle, sie geben dem Wahne den Inhalt, während die Wahnform in der paranoischen Anlage begründet liegt (Friedmann). Dahin gehört die materielle Sorge und Not, die die Kranken vielleicht schon der der krankhaften Anlage entsprossenen eigenartigen Handlungsweise zu verdanken haben, die sie über ihren religiösen Grübeleien, ihren Basteleien, der Verfolgung ihrer Rechtsstreitigkeiten das Notwendigste versäumen läßt. In dem Augenblicke, in dem der Konkurs unabwendbar ist, der Gerichtsvollzieher zur Pfändung erscheint, wird der Wahn offenbar. Ein weiteres auslösendes Moment ist die Strafhaft mit ihrer überaus starken Affektbetonung, die eventuell Delikte zur Grundlage haben kann, die durch die selbstherrliche, überenergische, keine Autorität anerkennende Veranlagung verschuldet sind. Das Berufsleben, besonders Konflikte in Stellungen, in denen das Individuum sich nicht wohl fühlt (Gouvernantenwahn), Unglücksfälle, die dem Kranken unter Umständen zugleich den letzten Halt nehmen (Tod der Eltern u. a.), schreckenerregende Ereignisse (Eisenbahnzusammenstöße, Erdbeben), enttäuschte Liebeshoffnungen, die an sich bereits einer krankhaft gesteigerten Erotik entstammen, haben die gleiche Wirkung. Daß auch der Unfall das Bestehen einer Paranoia offenbaren kann, wobei dann neben

ihm als auslösendem Moment die Psychopathie berücksichtigt werden muß, betont Tintemann. Dem Querulanten gibt der erste wirkliche Rechtsstreit, der schon durch die abnorme Konstitution bedingt sein kann, der zu seinen Ungunsten verläuft, der vielleicht wirklich einen Rechtsirrtum bedeutet, mit seiner starken affektiven Komponente den Anlaß zur Bildung wahnhafter Beeinträchtigungsideen. Schließlich dürfte auch ganz andersartigen Einflüssen, wofern sie nur die Affekte in besonders starker Weise in Mitleidenschaft ziehen, eine auslösende Rolle bei der Entstehung der ersten Wahnidee zuzuschreiben sein, wie z. B. einer kurz dauernden Periode extremen Alkoholgenusses. An dieser Stelle ist auch des Einflusses plötzlich aufschießender Sinnestäuschungen zu gedenken, die ihrerseits auf dem Boden der krankhaften paranoischen Veranlagung entstehen, die aber als erstes wirkliches Krankheitszeichen den Verfolgungs- oder Größenideen den Eintritt ins Bewußtsein ermöglichen.

Nicht immer ist eine derartige auslösende Ursache zu ermitteln; es gibt Fälle, in denen die erste Wahnidee sich anscheinend schleichend entwickelt, ohne daß es möglich wäre, außer der langsamen psychopathischen Umwandlung der Denk- und Handlungsweise nachträglich ein wirksames Moment herauszufinden. Ganz abgesehen davon, daß die Vorgeschichte auch in dieser Beziehung oft im Stiche läßt, daß zwischen dem auslösenden Ereignis und dem sichtbaren Hervortreten der ersten Wahnidee eine größere Spanne Zeit liegen kann, wie das Merklin häufig fand, ist anzunehmen, daß innere Affektstürme, die infolge der eigenartigen Gedankenreihen derartiger Individuen auftauchen, die gleiche Wirkung haben wie äußere affektive Einflüsse. Die Entstehung der ersten Wahnidee aus Sinnestäuschungen und ekstatischen Zuständen (Ergriffenheit, Ziehen) heraus würde den Übergang zu den äußeren veranlassenden Momenten darstellen. Daß die Ursache der ersten Wahngenese zuweilen eine ganz unbedeutende, zu ihren Folgen in keinerlei Verhältnis stehende sein kann, erklärt sich daraus, daß es bei der allgemeinen krankhaften Höhe der Affektivität und der krankhaften Veranlagung des ganzen Gemütslebens oft nur eines kleinen Anstoßes bedarf, um das seelische Gleichgewicht völlig zu stören und zur „katathymen" (Maier), d. h. durch Wunsch- und Angsteffekte oder ambivalente Strebungen im Zusammenhange mit bestimmten Vorstellungskomplexen bewirkten Wahnbildung zu führen. Maier unterscheidet deshalb zwei Gruppen von zur Paranoia disponierten Individuen; einmal solche mit angeboren unklaren Vorstellungen, über die die Affekte leicht überwiegen können, andererseits solche mit normaler Intelligenz, die aber eine angeborene sehr lebhafte Affektivität mit großer Tenazität haben. Mangelhaftigkeit der Verstandestätigkeit und krankhafte Affektanlage stehen so in bestimmtem gegenseitigen Verhältnis und können sich bei der Vorbildung des zur Wahngenese geeigneten Bodens wie bei dieser selbst bis zu einem gewissen Grade ergänzend vertreten. Interessant ist in diesem Zusammenhange die Ansicht Kreusers, daß für die chronische Paranoia nur kleine Ursachen wirksam wären, da sonst ein Sturm im Bewußtsein oder in den Affekten entstehen würde, der zu einem ganz anderen Krankheitsbilde führen müßte; auch Kraepelin schreibt den letzten entscheidenden Anstoß zur Anerkennung des Wahnes nicht selten an sich ganz unbedeutenden Vorgängen zu. Auf Grund dieser ersten wahnhaften Störung der Vorstellungssphäre verliert das Individuum mehr weniger die Fähigkeit, neu erworbene Vorstellungen mit den älteren har-

monisch zu verbinden, weil die krankhafte Idee „überwertig" ist, das ganze Denken beherrscht, so daß neue, besonders der wahnhaften Vorstellung entgegenstehende Erfahrungen nicht aufgenommen werden und damit eine Korrektur der Wahnideen unmöglich wird. Eine solche Bedeutung können nur Vorstellungen erlangen, die sich an ein stark affektbetontes Ereignis anschließen, wie auch Forster betont. Ähnliches nehmen auch Bleuler und Maier an, wenn sie die Bedeutung der „Komplexe" in der Paranoia hervorheben; allerdings sind derartige Komplexe keineswegs Ursache der Paranoia an sich, sondern nur Kristallisationspunkte der einzelnen Wahnvorstellungen, die allein ja das Wesen der Erkrankung nicht ausmachen, sondern nur ihr hervorstechendstes Symptom darstellen.

Daß durchaus nicht immer gefühlsbetonte Komplexe an der Wurzel der paranoischen Wahnideen sich finden, betont auch Berze, der dabei allerdings in der Störung der Affektivität bereits einen Folgezustand der Einwirkungen der krankhaften Vorstellungen sieht, die ihrerseits einem Versagen der Apperzeption, also des Vorganges, „durch welchen irgendein psychischer Inhalt zu klarer Auffassung gebracht wird," ihre Entstehung verdanken, so daß das psychische Leben des Individuums sich mehr in einem unterbewußten oder halbbewußten Zustande abspielt. Daß eine derartige Störung mit ihrer Steigerung des Gefühles des Erleidens, des widerstandslosen Hingegebenseins an fremden Einfluß und Willen, aus dem der Wahn des „Geschädigtseins" und weiter der Beziehungs- und Verfolgungswahn entstehe, für die Paranoia pathognomonisch sei, ist allerseits bestritten worden.

Die Affektrichtung, die diese stark gefühlsbetonten Ereignisse zeigen, ist für die Richtung des durch sie ausgelösten Wahnes anscheinend völlig bedeutungslos. Stark unlustbetonte Momente können sowohl die Ursache von Verfolgungs- wie von Größenideen werden, der Tod geliebter Personen, die Strafhaft wie ein freudiges Ereignis können zum Ausbruch des Größen- wie des Verfolgungswahnes führen. Es kommt nur auf den Eintritt einer Gemütserschütterung, eines Affektstoßes an sich an, von dessen Richtung aber die Richtung des Wahnes unabhängig ist. Die letztere ist nur in der vorpsychotischen paranoischen Veranlagung mit der ihr eigentümlichen Affektrichtung begründet, sie entwickelt sich aus den schlummernden Leidenschaften des Ichkomplexes heraus (Tiling). Wenn aber im Beginne der Wahngenese dennoch durch die überwältigende Stärke der den Wahn auslösenden Gemütserschütterung diese auf die Wahnfabel einen geringen Einfluß erlangt, so ist derselbe stets ein vorübergehender und macht in kurzem unter Abblassen der entstandenen Beziehungsideen dem in der Konstitution verborgen gelegenen Wahne Platz.

Es geht aus den obigen Ausführungen hervor, daß bei dem Ausbruch der Paranoia psychogene Momente als auslösende Ursache anzuschuldigen sind, und es sei deshalb an dieser Stelle die Frage erörtert, ob wir es bei der Paranoia mit einer eigentlichen Krankheit, d. h. mit einem zu irgendeinem Zeitpunkte des Lebens einsetzenden krankhaften Prozesse, der in das psychische Leben zerstörend und verzerrend eingreift und etwas Neues im psychischen Geschehen darstellt, zu tun haben, oder ob es sich nur um die folgerichtige Weiterbildung einer abnorm veranlagten, eigenartigen Persönlichkeit, die unabwendbar ist, und um deren Reaktion auf die verschiedenen, im Laufe des Lebens sie treffenden psychogenen Insulte handelt.

Schon Tiling nahm an, daß die chronische Paranoia fast ohne das Hinzutreten eines fremden, neuen Momentes aus dem natürlichen angeborenen Charakter des Individuums herauswachse. Jelgersma rechnet die Paranoia zu der Gruppe der Keimpsychosen, die bei einer von Anfang an defekten Anlage entstehen, deren Ausbruch aber durch ungünstige Lebensverhältnisse in ihrem Auftreten beschleunigt, in ihrer Intensität erhöht werden können. Die Symptome fügen sich in das Schema der normalen psychischen Prozesse, sind quantitativ, nicht qualitativ von den normalen Geisteszuständen verschieden, zeigen alle möglichen Übergänge zur Norm und einen mehr weniger psychogenen Charakter. Die psychogene Entstehung der paranoischen Ideen auf endogenem Boden betont auch Schnizer. Die Heidelberger Schule, an der Spitze Wilmanns, betrachtet die echte Paranoia und den Querulantenwahn nicht als Erkrankungen im engeren Sinne, sondern vielmehr als „die auf ein mehr oder weniger affektbetontes Erlebnis hin einsetzende Verirrung der Entwicklung bestimmter Degenerationsformen". Auch Boege möchte die Paranoia in die Gruppe der konstitutionellen Psychopathien einordnen. Kraepelin schreibt ebenfalls der Paranoia in gewissem Sinne eine psychogene Entstehungsweise zu, insofern bestimmte Lebenserfahrungen einen maßgebenden Einfluß auf die Gestaltung des Wahnsystems gewinnen können. Er glaubt dabei, daß es zur paranoischen Wahnbildung infolge von durch teilweise Entwicklungshemmungen bedingten Unzulänglichkeiten der Verstandesarbeit komme, die gewisse ursprüngliche Denkgewohnheiten, die sonst mit der Reifung der geistigen Persönlichkeit mehr und mehr überwunden würden, dauernd fortbestehen lassen und bei entsprechender gemütlicher Veranlagung allmählich jene Verfälschung der Lebensanschauungen bedingen, die die Paranoia kennzeichnet. Er schließt, daß ein ausschlaggebender Grund für die Annahme eines Krankheitsvorganges als Ursache der Paranoia nicht vorhanden ist, daß es sich bei derselben vielmehr um die natürlichen Umwandlungen, denen eine psychische Mißbildung unter dem Einflusse der Lebensreize unterliegt, handelt. Er weist auf die vielen gemeinsamen Züge hin, die die Wahnbildung des Paranoikers mit dem unentwickelten Denken des Kindes bzw. der auf tieferer Kulturstufe stehenden Völkerschaften hat.

Daß die Paranoia eine exquisit degenerative Geistesstörung ist, ist bereits wiederholt betont worden; ebenso ist auseinandergesetzt, daß die degenerative Veranlagung, die als paranoische Konstitution bezeichnet wurde, in langsamer Steigerung bis zu dem Punkte sich entwickelt, auf dem mit der ersten Wahnidee die Paranoia entsteht. Wenn trotzdem die Paranoia als ein selbständiger Krankheitsprozeß aufzufassen und von der allgemeinen psychischen Degeneration zu trennen ist, so geschieht das, weil einmal die Denkweise des ausgebildeten Paranoikers von der des Geistesgesunden doch durch eine tiefe Kluft getrennt ist, die in der Entwicklung der Paranoia an der Stelle liegt, wo die erste wirkliche Wahnvorstellung auftaucht, andererseits dieses Auftauchen wirklicher Wahnvorstellungen aus den allgemeinen Beziehungsideen heraus wohl stets mehr minder plötzlich erfolgt, daß äußeren Umständen in der Mehrzahl der Fälle ein entscheidender Einfluß auf die erste Wahngenese zuerkannt werden muß. Auch die Haftpsychosen, auf die vielfach zum Vergleiche hingewiesen worden ist, sind schließlich echte, vorübergehende Krankheitsprozesse, nach deren Ablauf wieder der psychische Status quo ante erreicht wird, auch wenn dieser bereits

eine abnorme seelische Verfassung bedeutet. Die ausgebildete Paranoia einfach als eine psychische Mißbildung zu betrachten, geht nicht an; eine psychische Mißbildung ist die paranoische Konstitution, der paranoische Keim, mit dem viele Individuen ein Leben lang behaftet sind, aus der die Krankheit Paranoia aber nur in vereinzelten Fällen herauswächst. Aus demselben Grunde ist es auch nicht angängig, eine Paranoia der Degenerierten von einer solchen nicht degenerierter Individuen zu unterscheiden, worauf schon Mercklin hinwies. Die Paranoia ist demnach ein Krankheitsprozeß, der mit der Bildung wahnhafter Vorstellungen beginnt, der die Berichtigung dieser falschen Ideen verhindert, häufig auch die normale Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigt und unter dem dauernden Einfluß des Wahnes die Denkweise und das Fühlen des erkrankten Individuums fortschreitend verändert; erwachsen ist er auf der Grundlage einer angeborenen psychischen Mißbildung, aus der die Erkrankung unter der Einwirkung gemütlicher Erschütterungen, also äußerer psychogener Momente sich entwickeln kann, ohne daß das eine Naturnotwendigkeit wäre. Daß infantile Züge (Dromard) im Bilde der Paranoia erscheinen, entspricht dem Vorhandensein der seelischen Entartung, die stets mit ihrer schwärmerischen, idealistischen Weltauffassung, ihrem sprunghaften Denken, ihrem wechselvollen Wollen und Handeln, ihrer Ablenkbarkeit und geringen Konzentrationsfähigkeit dem Denken, Fühlen und Handeln des Kindes nahe steht. Diese kindlichen Züge der psychopathischen Konstitution legt die ausgebildete Paranoia besonders in dem Punkte der Unbeständigkeit und des Mangels an Konzentrationsfähigkeit ab, die der einseitigen Verbohrtheit in die eigenen Ideen, der Stabilität der Vorstellungen, der starken egozentrischen Konzentration Platz machen. Diese letzteren Züge, die Starrheit des Wahnes der Paranoiker, der Starrsinn, mit dem einmal gebildete wahnhafte Ideen festgehalten werden, der Mangel psychischer Schmiegsamkeit kann andererseits gerade mit den Erscheinungen des beginnenden Alters in Parallele gesetzt werden; auch im Beginne des Seniums ist eine starke egozentrische Einengung der Persönlichkeit, Neigung zu Unbelehrbarkeit, Mißtrauen und Rechthaberei nachzuweisen, kurz eine allgemeine Erstarrung der psychischen Funktionen zu konstatieren, die sich in dem Festklammern an den alten eingewurzelten Vorstellungen, der Unfähigkeit, neue Eindrücke mit den alten zu verbinden, von den eigenen abweichende Gedankengänge zu verstehen und zu beurteilen, verbunden mit vagen Ideen der Zurücksetzung äußert. Genau dieselben psychischen Erscheinungen finden sich in ausgesprochenem Maße bei der Paranoia, besonders deren kombinatorischer und querulierender Form. Daß auf diese Ähnlichkeit der paranoischen Gedankengänge mit denen des Seniums großes Gewicht zu legen ist, wird gelegentlich der Besprechung des Ausganges des Paranoia und der bei ihr erhobenen klinisch-körperlichen und pathologisch-anatomischen Befunde besonders hervorgehoben werden.

Die Weiterbildung zur Paranoia nimmt die paranoische Konstitution nur selten. Die in der Literatur darüber niedergelegten Zahlen schwanken entsprechend der Verschiedenheit der Begriffsfassung der Paranoia in weiten Grenzen. Mercklin fand unter 200 Anstaltsaufnahmen einen Paranoiafall, Weygandt konnte unter 3000 Aufnahmen nur dreimal die Diagnose Paranoia als vorläufig zutreffendste stellen, während v. Hoeßlin bei Durchsicht von 16 000 Krankengeschichten keinen Fall von Paranoia fand, auf den Kraepelins neueste Schil-

derung zutraf. Im allgemeinen ist in etwa 1% der Anstaltsaufnahmen die Diagnose Paranoia im oben umgrenzten Sinne zu stellen: doch wäre es verfehlt, daraus einen Rückschluß auf die wirkliche Häufigkeit der Erkrankung zu machen, da ein großer Teil der Paranoiker nie der Anstaltspflege bedarf, sondern sich trotz seiner Krankheit das ganze Leben hindurch in der Freiheit zu halten vermag. Es sind das Fälle, in denen der Wahn nicht gerade vitale Interessen des Individuums oder seiner Umgebung betrifft, in denen der Kranke deshalb vor ernsteren Zusammenstößen mit derselben, die meistens den Grund für die Einlieferung in die Anstalt abgeben, geschützt werden kann. In hohem Grade abhängig ist die Frage der Notwendigkeit der Anstaltspflege natürlich von der sozialen Lage des Individuums. Wenn in den Irrenanstalten trotzdem weit mehr derartige Kranke verpflegt werden, als dem obigen Prozentsatze entspricht, so ist das der Langlebigkeit dieser Patienten zuzuschreiben, die die große Masse der Paralytiker wie einen großen Teil der Schizophrenen und Epileptiker überleben.

Was die Häufigkeit der Beteiligung der Geschlechter an der Erkrankung betrifft, so kann der einzelne Beobachter bei der relativen Seltenheit der Fälle für seine Zahlen keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen. Kraepelin fand, daß fast 70% seiner Kranken Männer waren; Berger konstatierte ebenfalls die Paranoia simplex häufiger beim männlichen, die Paranoia hallucinatoria dagegen häufiger beim weiblichen Geschlechte. Letztere Beobachtung, die von Samt bestätigt wird, führt er auf die größere Irritabilität der Rindenzentren bei den weiblichen Individuen zurück. Nach eigenen Erfahrungen dürfte ganz allgemein die Erkrankung des weiblichen Geschlechtes an der Paranoia im oben umgrenzten Sinne überwiegen; dabei kommt die Paranoia combinatoria bei beiden Geschlechtern etwa gleichmäßig häufig vor, die Paranoia hallucinatoria ist überwiegend beim weiblichen Geschlechte anzutreffen (3 : 1), während der Querulantenwahnsinn naturgemäß mehr dem männlichen Geschlechte vorbehalten ist. Dieses Überwiegen der Erkrankungsziffer des weiblichen Geschlechtes, vor allem an der Paranoia hallucinatoria, dürfte neben dem von Berger angegebenen Grunde in engem Zusammenhange mit dem Zivilstande der Erkrankten, besonders der erkrankten Frauen, stehen. Von den letzteren waren über 80% ledigen oder verwitweten Standes, etwa $^1/_3$ verwitwet. Die bereits oben erwähnten Umstände, durch die die Weiterentwicklung der paranoischen Konstitution angeregt wird, die Unsicherheit der sozialen Position, oft materielle Not, vielleicht auch eine aus unbefriedigter Sexualität entspringende gemütliche Verstimmung als Hilfsursache dürften dieses Überwiegen der Frauen in der Erkrankungsziffer verschulden.

Die Paranoia ist vorzugsweise eine Erkrankung des späteren Lebensalters, eine Eigenschaft, die sie mit allen durch ausgedehntere Wahnbildung begleiteten Psychosen teilt. Die Ausbildung von wahnhaften Vorstellungskreisen bedarf anscheinend eines erheblicheren Vorstellungsschatzes, einer Summe von Lebenserfahrungen, deren krankhafte Verarbeitung möglich ist. Selbstverständlich ist das kein Dogma; der individuellen Eigenart und den äußeren Verhältnissen, die manchen Menschen bereits in jungen Jahren ausgedehnte Lebenskenntnisse erwerben lassen, entsprechen auch in der Paranoia Fälle, in denen das Leiden in verhältnismäßig frühem Lebensalter beginnt, wenngleich derartigen Fällen gegenüber stets große Skepsis am Platze ist. Eine Schwierigkeit bei der Fest-

stellung des Erkrankungsalters liegt weiter darin, daß es bei einem Leiden, das sich schleichend aus einer eigenartigen Geistes- und Gemütsverfassung entwickelt, schwer ist, den Beginn des eigentlichen Krankheitsprozesses zu bestimmen. Kraepelin gibt für seine Fälle an, daß $^2/_3$ derselben nach dem 30. Lebensjahre erkrankten, verhältnismäßig häufig zwischen dem 30. und 40. Jahre, daß sich in vereinzelten Fällen aber die Spuren der Krankheit bis ins 16. und 18. Lebensjahr verfolgen ließen. Nach Kleist fällt der Beginn der von ihm Involutionsparanoia genannten Fälle ins 40. bis 52. Lebensjahr. Nach einer eigenen Zusammenstellung, die allerdings eine große Anzahl halluzinatorischer Paranoiaerkrankungen in sich faßt, beginnt nur ein ganz geringer Prozentsatz der Erkrankungen vor dem 30. Lebensjahr, der Kulminationspunkt findet sich zwischen dem 40. und 45. Lebensjahre, doch erkrankt eine Reihe von Individuen noch in dem nächsten Lebensjahrzehnt. Jedenfalls ließ sich der Beginn sicherer krankhafter Erscheinungen in 75% der Fälle in die Zeit zwischen das 40. und 55. Lebensjahr verlegen (s. Fig. 1).

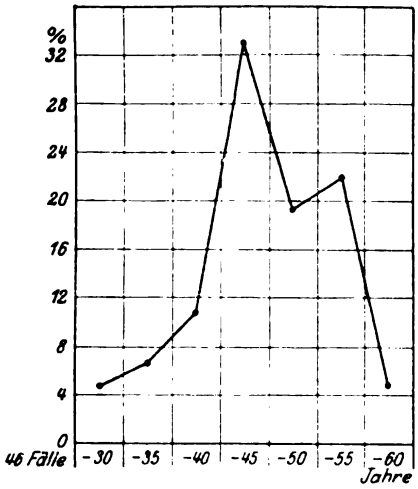


Fig. 1.

Die Häufigkeit der Erkrankung in diesem Zeitraum, in den das Klimakterium fällt, hat Kleist dazu geführt, diese Fälle als eine besondere Krankheit, die Involutionsparanoia, anzusprechen, „die nicht etwa eine Unterform der wohlbekannten, eigenartigen, auf allen Lebensstufen vorkommenden Krankheit ‚Paranoia' ist," sondern die eine besondere Gruppe wesensgleicher Krankheitsfälle, welche den Namen Paranoia, und in Hinsicht auf das Erkrankungsalter Involutionsparanoia verdient, zusammenfaßt. Die „Frühparanoia" (Kraepelins Paranoia) wäre durch den stets schleichenden Verlauf und eine viel enger begrenzte Symptomatologie von der Involutionsparanoia zu unterscheiden. Kleist nimmt dabei an, daß die Steigerung der auch von ihm gefundenen paranoischen („hypoparanoischen") Konstitution zur Involutionsparanoia aus inneren Gründen, nicht durch äußere Erlebnisse oder an diese geknüpfte Wünsche erfolge, vielleicht durch innersekretorische Veränderungen, die durch den Nachlaß und das Aufhören der Funktion der Geschlechtsorgane bewirkt werden, hervorgerufen. Von seinen Patienten erkrankten sechs in den dem endgültigen Ausbleiben der Menses unmittelbar vorausgehenden Jahren, eine war noch menstruiert, bei einer bestanden zur Zeit des Ausbruches der Krankheit schon klimakterische Symptome, bei einer fiel der Beginn der Erkrankung in die Wechseljahre. Von Interesse ist vielleicht besonders ein Fall, der ein Jahr nach einer durch Kastration herbeigeführten künstlichen Menopause paranoisch erkrankte. Die Bedeutung der Wechseljahre für die Paranoia hallucinatoria betont auch Samt. Von Bergers Fällen fiel dagegen nur in zweien von achtzehn der Beginn der psychischen Veränderung annähernd mit dem Einsetzen der Menopause zusammen, in vier Fällen bestand dieselbe bei Eintritt der Psychose bereits längere Zeit, oft schon mehrere Jahre lang, in elf Fällen war die Periode bei Beginn der Erkrankung

noch regelmäßig, meist noch viele Jahre hindurch. Berger kommt daher zu dem Schlusse, daß die als klimakterisch zu betrachtenden Fälle nur die alte Angabe bestätigten, daß die chronische Paranoia nicht selten im Klimakterium ausbricht, wodurch ihm aber die Annahme einer besonderen Involutionsparanoia nicht gerechtfertigt erscheint. Diesem Schlusse Bergers ist durchaus beizupflichten, vor allem im Hinblick auf die immerhin nicht seltenen Fälle, in denen die Paranoia in einem Alter ausbricht, wo von einer Involution, und sei sie auch eine vorzeitige, noch keine Rede sein kann, dabei die Symptomatologie, der Verlauf und der Ausgang der Erkrankung von den zur Zeit des Klimakteriums beginnenden in keiner Weise abweicht, andererseits auch im klimakterischen Alter rein kombinatorisch entstandene Paranoiaerkrankungen, wie sie Kraepelins Forderungen entsprechen würden, sich finden.

Über die erbliche Belastung der Paranoiker sind ebenso wenig sichere Angaben zu machen wie in betreff der übrigen allgemeinen Verhältnisse, einmal wegen der Seltenheit der Fälle, dann aber auch, weil bei dem späten Erkrankungsalter und dem noch späteren Alter des Eintrittes in die psychiatrische Beobachtung objektive Nachrichten über die Familiengeschichte sehr selten zu erhalten sind. Nach Kraepelin wird in etwa einem Viertel der Fälle Geisteskrankheit bei den Eltern angegeben. Hübner fand dabei in der Aszendenz von Paranoikern häufiger Psychopathen als ausgesprochene Geisteskranke. Die eigene Nachforschung ergab, daß in 50% der Fälle eine erbliche Belastung aus der Verschrobenheit, Geisteskrankheit (25%), Selbstmord oder Trunksucht der Eltern oder nächsten Anverwandten sicher gestellt werden konnte. Auffallend häufig fand sich dabei das Suicid in der Aszendenz, doch waren auch die Geschwister nicht frei davon. Es dürfte, besonders im Hinblick auf die vorpsychotische, von Jugend auf bestehende abnorme Veranlagung der Paranoiker, anzunehmen sein, daß der angegebene Prozentsatz bei weitem nicht an die wirkliche Belastung heranreicht: die Paranoia gehört zu den vorzugsweise degenerativen Psychosen.

Die Krankheitserscheinungen.

Das grundlegende Symptom der Paranoia ist die Entwickelung eines Systems von Wahnvorstellungen. So mannigfach die Charaktere, so eigenartig die Denkrichtung, so verschieden die Einflüsse der Erziehung, des Berufes und des Lebens, so verschieden ist der Wahn der Paranoia. Alles, was in der vorpsychotischen Zeit das Streben des Individuums anstachelte, alles, was richtunggebend für sein Denken, Wollen und Handeln war, wird in die Psychose hinübergenommen. So ist es natürlich, daß einmal kein paranoischer Wahn ganz dem anderen gleicht, daß der Eigentümlichkeiten des Wahninhaltes zahllose sind, andererseits aber auch, daß die Hauptrichtungen menschlichen Denkens und Strebens, die uns allen gemeinsam sind, um die sich auch beim psychisch Gesunden die individuellen Charaktereigenschaften gruppieren, im Wahne durch Bildung bestimmter Wahnrichtungen zum Ausdrucke kommen. Zwei im Grunde einander diametral entgegenstehende Richtungen sind es, auf die die Wahnbilder der Paranoia wie aller anderen wahnbildenden Psychosen zurückgeführt werden können. Einmal wird die krankhafte Eigenbeziehung im feindlichen Sinne gedeutet und es kommt zu Beeinträchtigungsideen, das andere Mal dient sie dem Selbstbewußtsein als Bestätigung und Reizmittel, was zu Größenideen führt. Beide, im Prinzip ent-

gegengesetzten Wahnformen pflegen sich in mannigfacher Weise zu verbinden, sei es, daß die eine aus der anderen auf dem Wege logischen Schlusses entsteht, sei es, daß beide bereits von Anfang an nebeneinander sich entwickeln. Eine eigentümliche Form der Verbindung dieser beiden Wahnrichtungen bietet die Paranoia querulatoria, eigentümlich durch die Besonderheit der Reaktion, die die Ideen krankhafter Eigenbeziehung hervorrufen, nach der die Gruppe auch ihren Namen trägt. Innerhalb des Beeinträchtigungs- wie des Größenwahnes läßt sich wieder eine Reihe von kleineren Gruppen zusammenfassen, die bestimmten Denkrichtungen und Charaktereigentümlichkeiten entsprechen.

Während in einem Teile der Paranoiafälle die Wahnentwicklung und -weiterbildung rein kombinatorisch erfolgt, die Sinneswahrnehmungen dagegen nur gelegentliche krankhafte Veränderungen zeigen, sind die letzteren in einem anderen Teile in hohem Grade und dauernd alteriert. Bei den Trugwahrnehmungen handelt es sich in der Mehrzahl um unter dem Einflusse des bestehenden Wahnes erfolgende illusionäre Verfälschung normaler Sinneseindrücke, während wirkliche unvermittelte Halluzinationen selten sind. Sehr schwierig, ja häufig unmöglich ist es bei der durch Erinnerungsverfälschungen bewirkten retrograden Umwandlung aller Erlebnisse zu Bestandteilen des herrschenden Wahnes, diese von wirklichen Trugwahrnehmungen irgendwelcher Art zu scheiden, vor allem bei denen auf den Gebieten des Gefühles, Geruches und Geschmackes. Was in derartigen Fällen nur wahnhafte Ausdeutung wirklicher Schmerzen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen ist, was als echte Sinnestäuschung betrachtet werden kann, ist häufig nicht sicher zu analysieren; sicher ist aber, daß vor allem auf dem Gebiete des Gehörs, doch auch auf den übrigen Sinnesgebieten Trugwahrnehmungen oft massenhaft und dauernd entstehen, die entweder im Sinne der herrschenden Wahnfabel gewertet, oft auch durch sie modifiziert werden, oder aber die weitere Ausgestaltung der letzteren beeinflussen. Daß sie in selteneren Fällen auch an der Spitze der krankhaften psychischen Vorgänge stehen und die erste Wahnbildung anregen oder erleichtern können, mithin die auslösende Ursache der Paranoia zu werden vermögen, ist bereits oben betont worden.

Die letzteren Fälle sind sicherlich selten. Meist sind die Sinnestäuschungen, wie Jelgersma es ausdrückt, die bildliche Wiedergabe von einfachen oder zusammengesetzten Geistesprozessen; sie setzen eine bestimmte psychische Verfassung voraus, deren kurzen Inbegriff sie darstellen. Sie neigen in hohem Grade dazu, den pathologischen Geisteszustand, auf dem sie erwachsen, zu verstärken und dienen dem Kranken zur Bestätiguug der Richtigkeit seines krankhaften Geisteszustandes. Sie finden stets, wie auch die Wahnideen, in ihm ihre Ursache und stimmen mit dem allgemeinen Inhalt des Denkens überein, selbst wenn sie gegen den Willen des Individuums sich in das Bewußtsein drängen. Es ist deshalb sehr erklärlich, daß bei den überwertigen Wahnvorstellungen der Paranoiker Sinnestäuschungen sehr leicht auftreten, eine große sinnliche Kraft besitzen und ihrerseits von größtem Einflusse auf die Weiterentwickelung des Wahnes sind. Daß daneben gelegentlich auch Sinnestäuschungen auftreten, die mit dem Wahnsystem in keinem sichtbaren Zusammenhange stehen (meist handelt es sich um Illusionen dabei), gleichwohl aber mit der Wahnfabel nachträglich verknüpft werden, worauf auch Hübner hinweist, ist zuzugeben, stellt immerhin ein sehr

seltenes Vorkommnis dar und gibt keinen Grund zu einer Abtrennung derartiger Fälle von der Paranoia.

Zwischen der reinen oder fast reinen kombinatorischen Form der Paranoia und den mit zahlreichen Trugwahrnehmungen einhergehenden Paranoiafällen gibt es fließende Übergänge, die die Zusammengehörigkeit beider Formen beweisen, sei es, daß vereinzelte Sinnestäuschungen bei sonst kombinatorisch sich entwickelnden Erkrankungen von Anfang an Jahre hindurch in steter Wiederkehr auftreten, sei es, daß in Fällen, die lange Zeit hindurch rein kombinatorisch sich entwickelten, plötzlich oder allmählich Halluzinationen oder Illusionen in die Erscheinung treten, die zum hervorstechendsten Bestandteile der Krankheit werden. Wenn daher die Paranoia zweckmäßig als Paranoia combinatoria und Paranoia hallucinatoria neben der Paranoia querulatoria beschrieben wird, so ist daran festzuhalten, daß zwischen diesen Formen kein prinzipieller Unterschied besteht, daß zahlreiche fließende Übergänge zwischen beiden Formen sich finden, daß eine Erkrankung, die zu Anfang die Bezeichnung Paranoia combinatoria verdiente, später mit Auftauchen zahlreicher Sinnestäuschungen zur Paranoia hallucinatoria werden kann, während andererseits nach längerem Verlaufe der Erkrankung bestehende Sinnestäuschungen an Zahl abnehmen, an Sinnfälligkeit schwächer werden können, so daß die Krankheitsbezeichnung der halluzinatorischen Paranoia nicht mehr berechtigt ist, daß der Inhalt der Wahnideen beider Formen der Verrücktheit der gleiche ist, daß endlich querulatorische Züge der Mehrzahl der Paranoiker eigen sind, während andererseits die Paranoia querulatoria auch außerhalb der rechtlichen Begriffe Beeinträchtigungsideen, wie auch stets solche der Selbstüberschätzung aufweist.

Die Paranoia combinatoria.

Unter der Bezeichnung Paranoia combinatoria fassen wir diejenigen Paranoiafälle zusammen, in denen die Wahngenese und -weiterentwicklung aus der paranoischen psychopathischen Konstitution mit ihrer parakritischen Denkweise und ihrer krankhaften Affektivität lediglich auf dem Wege formalrichtiger Trugschlüsse und des infolge der krankhaften Voraussetzungen zustande kommenden Abgleitens der Assoziationsvorgänge in die durch die paranoische Denkweise entstandenen Nebengleise sich vollzieht, während den Trugwahrnehmungen keinerlei wesentliche Bedeutung zukommt. Diese kombinatorische Form beginnt häufiger im früheren Lebensalter als die halluzinatorische Abart; sie wächst stets schleichend aus der paranoischen Konstitution heraus, zeigt besonders schön die langsame, dabei unaufhaltsam fortschreitende Verrückung der Stellung des Individuums zur Umwelt. Aus einer noch in den Bereich der Norm fallenden eigentümlich einseitigen Denkweise, wie sie oben beschrieben ist, unter dauernder, sich stets verstärkender und ausbreitender affektiver Hochspannung, entsteht unter dem Einflusse einer exogenen gemütlichen Einwirkung als auslösenden Momentes die erste Wahnfabel, meist der Gruppe der Beeinträchtigungs-, seltener den Größenideen zugehörig. Stets von ihrer gefühlsmäßigen, ihnen selbst unerklärlichen, deshalb um so unangenehmer empfundenen Unruhe bedrückt, in ängstlicher Erwartung des kommenden Guten oder Bösen, unfrei gegen die Außenwelt, unfrei besonders gegen sich selbst, empfinden diese Individuen das Auftauchen ihres Wahnes, auch wenn er ihnen im Grunde Unheil bringt, als eine

Erlösung von der Pein ängstlicher Erwartung, die sie bis dahin beherrschte. Es kommt zum teilweisen Abreagieren des krankhaften Affektes, nachdem der Paranoiker den wenn auch wahnhaften Grund für sein Mißtrauen gefunden, die Bestätigung seiner selbstbewußten, gehobenen Stimmung erhalten zu haben glaubt.

Mit dem Aufschießen der ersten ausgebildeten Verfolgungsidee weicht deshalb ein Teil der psychischen Spannung vom Paranoiker, den dafür seine krankhaften Vorstellungen mehr und mehr in Anspruch nehmen, die sein Denken erfüllen, sein Wollen und Handeln bestimmen, seine Affekte beherrschen. Der Kranke ist in stetem Kampfe mit seinen Verfolgern, in dauernder Abwehr der Bedrohungen an Leib und Leben, in unaufhörlicher Verteidigung seines Rechtes begriffen. Im übrigen ist der Inhalt der Verfolgungsideen ein sehr verschiedener. Während ein Teil der Paranoiker während der ganzen Krankheitsdauer in der Hauptsache nur Ideen allgemeiner Beeinträchtigung äußert, wie sie wohl bei allen Kranken im Beginne der Wahnbildung zu finden sind, leiten dieselben in einer großen Anzahl von Fällen später in gewisse, typisch wiederkehrende Wahngruppen hinüber, die als physikalisch-chemischer Vernichtungswahn, als erotischer Beeinträchtigungs- oder Eifersuchtswahn, endlich als hypochondrischer Wahn bezeichnet werden können. Von diesen ist der Wahn der Verfolgung mittels physikalischer und chemischer Einwirkungen der häufigste. Die dem Kranken meist nur ungenau bekannten, deshalb von einem geheimnisvollen Dunkel umgebenen Mächte der Elektrizität, des Magnetismus, der Maschinen einerseits, die wunderbare Wirkung der Chemikalien und Gifte, die in winzigen Mengen des Menschen Sinne umnebeln, ihn schädigen bzw. töten können, andererseits sind es, die als Quelle der ungeheuerlichen Nachstellungen und Quälereien beargwöhnt werden. Es ist überhaupt der Schleier des Geheimnisvollen, des Mystischen, der diese zum Teil halbgebildeten, dabei lernbegierigen Individuen anzieht. Daher auch die Häufigkeit, mit der die Hypnose, die Suggestion, der Spiritismus, die Telepathie, das Gesundbeten, die oft schon im vorpsychotischen Leben derartiger Individuen eine verhängnisvolle Rolle spielen, das Material zur Wahnbildung abgeben. Die Häufigkeit des Eifersuchtswahnes ergibt sich aus der großen Bedeutung der sexuellen Triebe im menschlichen Leben, besonders auch in der Klasse der Psychopathen, aus der sich die Paranoiker rekrutieren. Der hypochondrische Wahn endlich, der an sich ein besonderes Maß egozentrischer Verarbeitung allerWahrnehmungen erfordert, findet sich bei der Paranoia nicht in dem Umfange und der Häufigkeit, wie man ihn bei der ausgesprochenen Art, wie sich diese Kranken mit dem eigenen Ich beschäftigen und wie sie alles mit dem eigenen Ich in Verbindung bringen, erwarten sollte. Ein reiner hypochondrischer Wahn kommt bei Paranoikern wohl überhaupt nicht vor, dagegen finden sich in einem großen Teile der Fälle einzelne hypochondrische neben andersartigen Ideen. Der Grund für diese merkwürdige Tatsache ist in dem Umstande zu suchen, daß die meist recht scharf beobachtenden Kranken nie die Fähigkeit verlieren, sich über die eigene Person, die ihnen das zugänglichste ist, zu orientieren, daß sie sich von der Absurdität maßloser hypochondrischer Ideen, wie sie der Melancholische, der senil Demente, der Schizophrene, der Paralytiker hervorbringen, zu überführen vermögen, wenngleich sie zufällige wirkliche körperliche Beschwerden im Sinne ihrer wahnhaften Beeinträchtigungsvor-

stellungen hypochondrisch ausdeuten. So hält der Kranke seine rheumatischen Beschwerden für die Einwirkungen elektrischer Ströme, die gegen ihn entsandt werden, Anginen für die Folge von Vergiftungsversuchen; Augenentzündungen entstehen ihm durch das Überspringen elektrischer Funken von der Starkstromleitung, die durch sein Zimmer gelegt ist, Furunkel werden ihm mittels Brennspiegels von seinen Verfolgern erzeugt. Häufig wird man von den Erklärungen, die hypochondrische Vorstellungen solcher Kranken bei der Autopsie finden, überrascht, wo etwa eigenartigen Unterleibssensationen ein unerkannt gebliebenes Gebärmutter- oder Mastdarmkarzinom entspricht. Dieselben Ursachen liegen zwar den hypochondrischen Klagen oft auch bei andersartigen Erkrankungen zugrunde; der weitere Ausbau derselben zu ausgesprochenen hypochondrischen Wahnsystemen aber, die Irradiation gerade der hypochondrischen Vorstellungen auf alle Körpergebiete in maßloser Form fehlt bei der echten Paranoia, weil eben der Paranoiker kraft seiner ungeschwächten Beobachtungsgabe sich von der Gesundheit der meisten seiner Organe dauernd zu unterrichten vermag.

Es ist natürlich, daß, je mehr der Paranoiker sich mit seinem Ich und den Angriffen auf dasselbe beschäftigt, je mehr die eigene Person in den Vordergrund des Interesses gedrängt wird, je länger alle Versuche seiner Gegner, ihn zu schädigen, wenn sie ihm auch manche schwere Stunde bereiten, ihm Schmerzen zufügen usw., trotz der aufgewandten Mühe und Machtmittel im Grunde doch fruchtlos an ihm abprallen, in ihm der Gedanke aufsteigt, daß er über seinen Gegnern stehe, daß er ihnen an Geist und Tatkraft überlegen sei, daß sie nicht an ihn heranreichen könnten. Die meist schon verborgene Anlage zur Selbstüberschätzung führt so zuerst zu einem gehobenen Selbstbewußtsein, zur Überschätzung der eigenen Person und Fähigkeiten und langsam zu ausgesprochenen Größenvorstellungen, wobei letztere zum Teil auch das Resultat der Suche nach dem Zwecke aller Verfolgungen und Quälereien sind. Auf der anderen Seite wird der Größenwahnsinnige durch den dauernden Widerstand, den er überall findet, der ihn an der Verwirklichung seiner Pläne hindert, der ihn um die Früchte seiner Erfindungen zu bringen droht, zur Annahme ihm bewußt entgegenstrebender, feindseliger Mächte, d. h. zum Verfolgungswahne gedrängt.

Wenn diese Ansicht von einem Übergange beider Wahnformen ineinander auf dem Wege mehr oder minder bewußter Überlegung damit bestritten wird, daß bei anderen mit Wahnbildung einhergehenden Krankheiten eine derartige Entwicklung häufig ausbleibt, so ist zu erwidern, daß es sich bei diesen Krankheiten entweder um solche handelt, die mit zunehmender Verblödung einhergehen (z. B. Dementia paralytica, Dementia senilis), wo also die logische Ausbildung eines Wahnsystems überhaupt unterbleibt, oder aber um solche, wo die Wahnvorstellungen durch einen beherrschenden einseitigen Affekt dauernd unterhalten und nach einer Richtung hin entwickelt werden (z. B. Melancholie, Manie), während bei der Paranoia weder eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten, noch ein dauernder, richtunggebender, primärer krankhafter Affekt vorliegt, die bestehenden Affekte wohl immer Mischaffekte sind, wenn auch meist die positive oder negative Komponente überwiegt, dabei die Willensäußerungen jahrelang eine direkte Steigerung der Stärke aufweisen. Es ist deshalb mit Sicherheit anzunehmen, daß die Widerstände, die der Größenwahnsinnige bei der Umsetzung seiner wahnhaften Willensstrebungen in die Tat findet, für die Ausbildung des

anschließenden Beeinträchtigungswahnes als Hauptursache anzuschuldigen sind, daß andererseits als logische Folgerung aus dem Verfolgungswahn Vorstellungen der Selbstüberschätzung resultieren. Eine dritte, gerade bei der Paranoia häufig beobachtete Entstehung der Kombination beider Wahnrichtungen ist die, daß sie sich nebeneinander, in stetem Zusammenhange miteinander, gleichzeitig entwickeln, daß sie der Reaktionsweise derartiger Individuen, die das gesteigerte Selbstbewußtsein einer innerlich haltlosen oder doch unsicheren Persönlichkeit bedingt, der Mischung im Grunde widerstrebender Affekte, die sie beherrscht, ihren Ursprung verdanken.

Es ist sicher, daß die Entwicklung eines Größenwahnes dem geistesgesunden Menschen viel unverständlicher ist als das Auftreten von Beeinträchtigungsideen, daß das Aufschießen von Größenvorstellungen eine viel stärkere Lockerung der Assoziationsvorgänge, eine viel intensivere Störung der Affekte notwendig erfordert. Die noch in die Gesundheitsbreite fallenden vagen Beeinträchtigungsideen sind viel weiter verbreitet und viel häufiger als derartige Selbstüberschätzungsvorstellungen, auch hat die Gesundheitsbreite bei ihnen einen viel größeren Umfang. Paranoische Verfolgungsvorstellungen pflegen demgemäß sich viel leichter graduell aus den noch als normal anzusehenden Beeinträchtigungsgefühlen zu entwickeln als krankhafte Größenideen aus dem allgemeinen Gefühl hoher Einschätzung der eigenen Körper- und Geisteskräfte. Es zeigt sich das besonders in dem Umstande, daß die Kranken ihr Verfolgungssystem meist formal logisch begründen, daß sie seine Entwicklung häufig außerordentlich gut beschreiben können und eine Beobachtung aus der anderen ableiten. Anders beim Größenwahn: Hier ist das plötzliche Aufschießen der Idee oder wenigstens eine sehr erhebliche Sprunghaftigkeit in der Entwicklung die Regel. Zu ihrer Begründung und zur Herstellung der der Logik des Kranken notwendigen Verknüpfung werden viel häufiger außerhalb der normalen Wahrnehmung liegende Zustände angenommen, sei es, daß Erinnerungsfälschungen bei dem Wahne hoher Abstammung die Kluft zwischen Wirklichkeit und Wahn überbrücken müssen, sei es, daß ekstatische Zustände meist traumhafter Art bei dem religiösen Größenwahn die auch dem Kranken fühlbare Lücke im logischen Aufbau seines Systems ausfüllen müssen, sei es, daß der Ursprung der Größenideen auf Sinnestäuschungen zurückführt. Die Größenideen, vor allem die primär entstandenen, sind meist viel maßloser als die Beeinträchtigungsvorstellungen; sie beeinflussen das Handeln des Individuums in viel stärkerem Grade, rufen viel eher den Eindruck des geistigen Defektes hervor. Snell hält deshalb den Verfolgungswahn für das wesentliche Symptom der Paranoia; Selbstüberschätzungsideen fehlen nach seiner Ansicht entweder ganz, oder sie treten zugleich mit Verfolgungsvorstellungen auf, bzw. folgen den letzteren. Reinen Größenwahn ohne Beeinträchtigungsideen fand er nur bei Schwachsinnszuständen. Ebenso erklärt Lehmann, daß die echte Paranoia sich nur auf den Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn erstrecken könne, Größenideen dagegen ihre Wurzel in anderen Substraten haben müßten als in den Gefühlen, denen der erstere entspringt.

Auch der Größenwahn der Paranoia nimmt, soweit es sich nicht um die allgemeinen Selbstüberschätzungen handelt, wie sie sich im Anfangsstadium zuweilen finden, seine Entwicklung nach bestimmten Richtungen, die in mehr oder minder ähnlicher Form stets wiederkehren und den Wünschen und Strebungen

des Menschen je nach seiner ihm eigentümlichen Individualanlage ihren Ursprung verdanken. Die einen suchen ihre Überlegenheit auf intellektuellem Gebiete darzutun, sei es, daß sie als Weltverbesserer und Volksbeglücker ihren notleidenden Mitmenschen helfen, die Prinzipien der Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit zum Siege führen, Ackerbau, Viehzucht, Industrie ergiebiger gestalten, der Pflege, Gesunderhaltung und Erziehung des Menschengeschlechtes neue Bahnen weisen wollen, sei es, daß sie durch epochemachende Erfindungen, die eine völlige Umwälzung der Technik auf den mannigfachsten Gebieten hervorrufen sollen, die die Schätze der Luft, des Erdbodens, des Wassers nutzbar zu machen bestrebt sind, der Menschheit, aber nicht zuletzt auch sich selbst zum Glück und Wohlstand zu verhelfen suchen. Ein weiterer, recht erheblicher Teil der Größenwahnsinnigen sucht der Menschheit Besserung und Heil auf religiösem Gebiete zu bringen. Die Macht, die die mit mystischen Geheimnissen und Wundern überreichlich ausgestatteten biblischen Personen und ihre legendären Taten seit Jahrtausenden auf das menschliche Gemüt auszuüben vermögen, wirkt besonders stark auf diese affektübererregbaren, oft klausnerisch zurückgezogenen, grüblerischer Betrachtung zuneigenden, zu allem Übernatürlichen hingezogenen, phantasiereichen Individuen, so daß der Wahn, Prophet, der erwählte Bußprediger, der Sohn Gottes, der andere Messias zu sein, ein recht häufiger bei dieser Art von Kranken ist. Gerade diese Häufigkeit des religiösen Größenwahnes mit seinem ausgesprochen altruistischen Gepräge (wenn daneben auch egoistische Triebe stets eine Rolle spielen), wo häufig ein armseliges Leben der Bußpredigt dieser trotzdem Größenwahnsinnigen entspricht, ist typisch für den Größenwahn und das Krankheitsbild der Paranoia.

Ein anderer Teil der Größenwahnsinnigen sucht seinem geheimen Streben nach Überlegenheit in mehr äußerlicher Weise zu genügen durch den Wahn hoher Abstammung oder durch wahnhafte Liebesbeziehungen oder eheliche Verbindungen mit hochgestellten Persönlichkeiten, wobei die Haupttriebfeder menschlicher Handlungen, die Sexualität, daneben zu ihrem Rechte kommt. Gerade diese wahnhaften Abkömmlinge alter Adels- und Fürstengeschlechter sehen sich gezwungen, zwischen der armseligen Wirklichkeit und ihren Wahnideen auf dem Wege der Erinnerungsfälschung oder der Sinnestäuschung einen Zusammenhang herzustellen, während bei den erotischen Größenwahnsinnigen die wahnhafte Ausdeutung von allerlei Zufälligkeiten oder ebenfalls von Sinnestäuschungen zur Begründung des Wahnes und seiner Konsequenzen herhalten muß.

Die Einzelheiten des Paranoikerwahnes sind innerhalb der angedeuteten Gruppen sehr verschieden. Kein Wahnsystem gleicht völlig dem anderen; nur die Grundideen kehren wieder, die Art der Ausgestaltung und Ausschmückung des Wahnes hängt einmal ab von der individuellen Charakteranlage, der Erziehung und dem Bildungsgrade, der gesellschaftlichen Stellung und sozialen Lage des Kranken, andererseits von zufälligen Begebenheiten, Konflikten mit der Umgebung, Begegnungen, Lektüre, endlich von den Sinnestäuschungen, die wohl jeden Paranoiker vereinzelt im Laufe der Erkrankung heimsuchen. Die Schilderung der Verfolgungs- und Größenwahnsysteme, der Wahnausgestaltung und des Wahnverlaufes, wie sie im folgenden gegeben wird, ist nur als eine schematische zu betrachten, die in ihrem Rahmen so zahlreiche Einzeltypen umfaßt, als es Paranoiker gibt.

Zu Anfang des Verfolgungswahnes sind die Beeinträchtigungsvorstellungen unbestimmt, wechseln auch an Stärke und Lebhaftigkeit der Gefühlsbetonung. Der Kranke hat ein Gefühl allgemeiner Zurücksetzung und Bedrückung. Er fühlt sich über Gebühr beachtet, sucht und findet in allem und jedem Beziehungen zu seiner Person. Man will ihm nicht wohl, ist nicht mehr so freundlich wie früher gegen ihn, ändert sein Benehmen, zieht sich von ihm zurück, will nichts mehr mit ihm zu tun haben, geht ihm aus dem Wege. Der Kranke hat das peinliche, dabei sichere Gefühl, daß um ihn herum etwas vorgeht, „daß ein Gewitter im Anzuge ist", daß „ein Geheimnis ihn umwebt", hinter das er nicht kommen kann. „Ich fühlte es mehr, als ich es beweisen konnte." Ihm droht Gefahr, Prüfungen stehen ihm bevor, es besteht „eine unheimliche Spannung", deren Entladung der Kranke erwartet und fürchtet, ohne daß er Art und Richtung kennt, sich davor schützen oder sie abwenden kann.

Allmählich „lichtet sich das Dunkel", „schließt sich der Ring enger", kommt es ihm klar zum Bewußtsein", daß man ihm planmäßig entgegenarbeitet, daß „das Spiel abgekartet" ist. Man geht darauf aus, ihn zu kränken, ihn unmöglich zu machen, an Gesundheit und Ehre zu schädigen, seine ehelichen, seine Vermögensverhältnisse zu zerrütten, seine Stellung zu untergraben. Überall wird er schikaniert, wird auf ihn gescholten, wird er hinausgebissen. Man überwacht ihn, belauert ihn, spioniert ihn aus. Man steckt die Köpfe hinter ihm und über ihn zusammen. Man sieht ihm höhnisch und verächtlich nach, betrachtet ihn von oben bis unten. Wildfremde Menschen speien vor ihm aus, lachen hinter ihm her, stoßen ihn an, treten ihn, pfeifen ihm grinsend ins Gesicht, wenn er vorbeigeht, suchen ihn zu ärgern. Selbst die Kinder haben keine Achtung mehr vor ihm, schneiden ihm Grimassen, stecken ihm die Zunge aus, höhnen lachend hinter ihm her. Überall sucht man ihn durch offene oder versteckte Bosheiten zur Wut zu reizen.

Der Kranke sieht sich seine Umgebung immer genauer an. Er bemerkt, daß seine Nachbarn ihn beobachten, sich viel vor seiner Wohnungstür aufhalten, wahrscheinlich, um durch das Schlüsselloch zu sehen; tritt er dann plötzlich aus seiner Türe, so sind sie verlegen und gehen mit scheuen Seitenblicken in ihre Wohnungen. Die Wände haben Ohren. Die Kameraden und Freunde zischeln über ihn, sehen sich bedeutungsvoll an, brechen ihr Gespräch ab, fangen ein Gelächter an, sobald er ins Zimmer tritt. Der Pfarrer, der sich sonst nie um ihn gekümmert hat, besucht ihn, um herumzuschnüffeln und ihn auszufragen. Polizeibeamte verfolgen ihn auf Schritt und Tritt, lassen ihn nicht aus den Augen, fragen nach ihm in seiner Wohnung unter irgendeinem Vorwande, man bestellt ihn aus nichtigen Gründen auf das Polizeirevier. Spitzel, Detektivs folgen ihm in allen möglichen Verkleidungen, beobachten ihn, wahrscheinlich, um Material gegen ihn zu sammeln. „Es ist, als ob man unter Polizeiaufsicht stände"; „der gemeinste Verbrecher kann nicht mehr beobachtet werden". Selbst die eigene Familie beteiligt sich an dem Treiben, die Verwandten besuchen ihn unter Vorwänden, lassen ihn nicht aus den Augen, wiegen bedauernd den Kopf oder sehen ihn spöttisch und verächtlich an; der eigene Ehegatte ist in seinem Wesen verändert und steckt anscheinend mit den übrigen unter einer Decke; die Kinder sind weniger zärtlich, ziehen sich scheu zurück, werden still und verlegen, sehen ihn mit großen Augen an. „Alles war verändert", „ich wurde ganz ratlos", „so konnte es nicht mehr lange weiter gehen, oder ich wäre verrückt geworden".

Endlich, früher oder später, plötzlich oder langsamer, wird es ihm klar, was man von ihm will, warum alle diese Quälereien, diese Nachstellungen inszeniert sind. Man will seine Stellung untergraben, sein blühendes Geschäft vernichten, seine Ehe stören, seine Existenz ruinieren. Man will ihm die Geschlechtsehre rauben, ihn um Hab und Gut bringen, will ihn mit seiner Familie entzweien, seine Frau, seine Kinder verderben; man will ihn ins Gefängnis bringen, dem Wahnsinn in die Arme treiben, man trachtet ihm nach Gesundheit und Leben.

Auch die Gründe all dieser Nachstellungen werden ihm klar. Man will ihn aus seiner Stellung verdrängen, um seinen Posten einem anderen, dem Sohne oder Schwiegersohne des Vorgesetzten, einem guten Freunde zu geben; „die Vetterschaft ist zu mächtig". Seinem Geschäfte will der Konkurrent Abbruch tun, weil er es im ernsten Wettbewerb nicht mit ihm aufnehmen kann. Man beneidet ihm sein glückliches Familienleben, seine wohlerzogenen Kinder. Man will ihn vernichten, weil er vor Jahren seine Stimme bei einer Wahl für den Sozialdemokraten abgegeben hat, ihn verführen oder an seiner Geschlechtsehre schädigen, um nachher über ihn reden, ihn verspotten zu können, um die eigenen Fehler zu verdecken, oder, weil er einst einen derartigen Antrag zurückgewiesen hat. Man will ihm endlich an Leib und Leben, um seinen Platz einzunehmen, um ihn nicht mehr fürchten zu müssen, um ihn zu beerben, um seine Frau ehelichen zu können, um sich zu rächen.

Schließlich weiß der Kranke auch, von wem alle diese Verfolgungen ausgehen, wer dahintersteckt, wem er sie zu danken hat. Der Bürgermeister, die Vorgesetzten, die Kollegen, der Reichskanzler, der ungetreue Geliebte, die verlassene Braut, die geschiedene Ehefrau suchen ihn zu verderben. Die Polizei, die Beamten, Richter, Geistliche, Ärzte stecken hinter den Nachstellungen. Er hat es mit den Sozialdemokraten, den Welfen, Juden, Antisemiten, Katholiken, Jesuiten, den Freimaurern, Spiritisten, Anarchisten, Nihilisten, den Elektrikern verdorben. Der Frauen-, der Kriegerverein, der Klub wollen ihn ruinieren. Ein „Fanatiker" stellt dem Kranken nach, „5 Dirnen und 5 Männer, deren Zuhälter" quälen ihn auf Anstiften des „Dr. Ostermann". Die Verwandten trachten nach seinem Gelde, die „Familie Rüter und Stecher" wollen sich rächen, „Fürst Bismarck mit einem von den niedrigsten bis in die höchsten Kreise reichenden Komplott" will ihn aus dem Wege schaffen.

Der Kreis seiner Verfolger wird immer größer. Alle Welt steht mit ihnen im Bunde. Die Ärzte werden bestochen, das Pflegepersonal, die Mitkranken werden aufgehetzt, die Hausgenossen, die Angestellten, die Freunde, oft selbst die eigene Familie möchten ihn los sein. Von der Kanzel herab predigt der Geistliche über ihn, hält ihm öffentlich seine Sünden vor, sucht ihn anzuschwärzen; in Volksversammlungen, im Reichstage wird über seine Angelegenheiten gesprochen. Jedermann weiß von ihm, kennt ihn, ist über ihn unterrichtet; er wird bei Ortswechsel vorher angemeldet, Gerüchte werden über ihn ausgestreut, man erwartet ihn am neuen Orte bereits, belauert ihn schon auf dem Bahnhofe, folgt ihm auf Schritt und Tritt. In den Tageszeitungen, in den Witzblättern wird er verhöhnt; selbst in Büchern, auch solchen, deren Verfasser lange Zeit vor ihm gelebt haben, findet er Anspielungen auf sich und seine Verfolgungen. Niemand meint es gut mit ihm. Die Art der Verfolgungen wird immer heftiger,

offener und zahlreicher. Die Nachbarn bohren Löcher in die Wände, um ihn beobachten zu können; man legt Telephon durch seine Wohnung, um ihn auszuhorchen. Die Post, die Anstaltsleitung öffnet seine Briefsachen, um belastendes Material zu finden, unterschlägt für ihn gesandtes Geld, für ihn ankommende Pakete, oder man übergibt sie ihm verspätet, in verdorbenem, zerrissenem, beschmutztem Zustande. Man läßt Kohlensäure, schlechte Luft in seine Wohnung, wodurch ihm „so sonderbar zu Sinne" wird, um ihn toll zu machen, oder, um ihn einzuschläfern und ihn dann um so sicherer bestehlen, seine Sachen um so ungestörter durchstöbern zu können. Man hypnotisiert ihn, macht ihm Suggestionen, versetzt ihn in Somnambule, behext ihn. Man verleumdet ihn, will ihn zum Trinker, Ehebrecher, Onanisten, Päderasten stempeln, gibt ihn für syphilitisch, nervenkrank aus. Man vergewaltigt die Tochter, unterzieht die Ehefrau einer Operation, an der sie zugrunde geht, bringt die Kinder in eine Erziehungsanstalt, wo sie nachher erhängt aufgefunden werden, durch den Verlust der Eltern zum Selbstmord getrieben. Durch das Temperaturmessen wird dem Kranken unerträgliches Herzklopfen gemacht, die Volkszählung ist nur dazu da, um ihn zu schädigen, eine Borste ist ins Brötchen gebacken, ein Haar in der Suppe, um ihn zu ärgern. Kurz, überall stößt der Kranke auf eine planmäßig angelegte Schädigung seiner Ehre und seiner Person, auf eine Bedrohung seiner und seiner Familie Leben und Gesundheit.

In einer Gruppe von Fällen kommt es vorzugsweise zu Vorstellungen, die man als physikalisch-chemischen Vernichtungswahn bezeichnen kann. Der Kranke wird elektrisiert, magnetisiert, mit allen möglichen Maschinen bearbeitet. Unter dem Zimmer, im Keller, unter der Erde, auf dem Boden sind Apparate aufgestellt, mittels derer er gequält wird. Elektrische Drähte durchziehen das ganze Haus, Ströme werden hindurchgeschickt, um ihn willenlos zu machen. Durch das Überspringen von elektrischen Funken entsteht bei ihm eine Augenentzündung, Furunkel werden ihm von seinen Verfolgern mittels Brennspiegels erzeugt. Der Unterleib, die Gebärmutter, die Geschlechtsteile werden elektrisiert, Schmerzen werden ihm mit elektrischen Maschinen gemacht, ein Zucken von elektrischen Einwirkungen geht durch den ganzen Körper, Spannung und Angstgefühl in der Brust treten danach auf. Die Gedanken des Kranken werden durch Apparate enträtselt, mit Röntgenstrahlen werden die Vorgänge in seiner Wohnung beobachtet. Der Frauenverein sendet ihm galvanische Ströme zu, von denen er zuerst annimmt, daß sie zu seinem Besten dienen sollen, die aber dadurch, daß die dazu verwandten Maschinen schlecht, mit Grünspan überzogen sind, einen schädigenden Einfluß ausüben. Das Bett wird durch unterirdische Maschinen in Vibration, das Haus in Schwankungen versetzt. Besondere Apparate dienen dazu, dem Kranken ekel-, schreckenerregende, obszöne Vorkommnisse in Wort und Bild vorzuführen, zu „photophonieren". Man treibt Physik mit dem Kranken. Andere Kranke sollen vergiftet, durch Pulver toll gemacht werden, damit die Angehörigen, die Ärzte sie beerben können. Die Pflegerin gibt der Kranken Pulver ein, um sie geschlechtlich zu reizen, um die eigene Schwangerschaft auf sie zu übertragen. Medikamente dienen dazu, um das Zahnfleisch zu lockern. Man impft dem Kranken Syphilis, Schwindsucht, den Wahnsinn ein.

Eine weitere Gruppe ist durch das Hervortreten von Eifersuchtsideen neben anderen Beeinträchtigungsvorstellungen charakterisiert. Der Ehemann

ist verändert, sieht so sonderbar aus, begehrt die Frau nicht mehr, ist weniger freundlich zu ihr. Vorübergehende weibliche Personen sehen ihn so eigentümlich mit einem höhnischen Seitenblick auf sie an, geben ihm Zeichen, grüßen ihn, werden rot. In der Mädchenkammer hört sie ein verdächtiges Klopfen, das ihrem Gatten gilt; dieser ölt die Türen, damit alles geräuschlos vor sich gehen kann. Er geht öfter als früher aus, kommt erst spät nachts nach Hause, hat einen Parfümgeruch an sich, vernachlässigt sie. Er gibt plötzlich viel auf sein Äußeres, macht allein Spaziergänge, schilt mit ihr, ist barsch und unfreundlich gegen die Kinder. Er gibt sich mit Dirnen, dem Dienstmädchen, der Nachbarin ab, betrügt sie mit der Freundin, der Schwägerin, mit ihrer eigenen Mutter, treibt Blutschande mit der leiblichen Tochter, vergeht sich an seinen Schülerinnen. Die Frau geht viel zu ungewöhnlicher Stunde aus, bleibt lange fort, ist verlegen, abgehetzt, zerzaust, müde, wenn sie heimkommt. Sie ist weniger zärtlich, streitsüchtig, verschwenderisch, gibt viel Geld für ihren Putz aus, um ihn zum Bankerott und ins Zuchthaus zu bringen und dann um so ungestörter mit dem Liebhaber betrügen zu können. Männliche Personen fragen nach ihr, die Bekannten erkundigen sich in so auffälliger Weise bei ihm nach seiner Frau, machen Anspielungen, geben ihm zum verstehen, „daß sie ihm ein Geweih aufsetzt". Die Frau bricht ihm die Treue, treibt sich mit all und jedem herum, hält sich einen Liebhaber, verkehrt mit dem Schlafburschen, dem Zimmerherrn, dem Freunde, dem Bruder, dem eigenen Sohne. Die Kinder sind Bastarde, denen man am Gesichte ansieht, daß sie nicht von ihm stammen. Die Frau trachtet ihm nach dem Leben zusammen mit dem Geliebten. Die Polizei ist mit der Frau im Bunde, wahrscheinlich, weil sie sich auch mit den Beamten eingelassen hat. Sie hat es schon von jeher so getrieben; bereits während der Brautzeit hat sie ihn betrogen, sie war bei der Verheiratung nicht mehr Jungfer, hat bereits vor der Ehe geboren, die Frucht beseitigt; ein uneheliches Kind von ihr begegnet ihm auf der Straße.

Selten und gegen die übrigen Beeinträchtigungsvorstellungen zurücktretend sind hypochondrische Ideen. Sie dienen nur zur Illustration der durch die Nachstellungen gesetzten körperlichen und seelischen Qualen. Der Kranke leidet unerträgliche Schmerzen, kann die Beine kaum noch bewegen, das Blut stockt, der Herzschlag setzt aus; er muß Blut spucken, die Nahrung geht unverdaut wieder ab. Die Rückenmarksschwindsucht, die Gehirnerweichung, der Wahnsinn beginnt; er merkt es am Ziehen im Rücken, der Abnahme des Gedächtnisses, dem Kopfschmerz. Der ganze Körper ist durch Gift ruiniert.

Nach kürzerem oder längerem Bestehen der Beeinträchtigungsvorstellungen treten meistens Ideen der Selbstüberschätzung hervor, Ideen, die in gleicher Form auch primär oder zugleich neben den Beeinträchtigungsideen auftauchen. Man will den Kranken vernichten, weil man ihn fürchtet: seine Konkurrenz, seine hervorragende Begabung, seine Fähigkeiten, seine rechtliche Gesinnung, seine hohen Verbindungen, durch die er im Wege ist, weil man ihm seinen Reichtum und seine Aussichten neidet. Die Kranken rühmen ihre Geisteskraft, ihr feines Betragen, das sie in den höchsten Kreisen gern gesehen macht, ihre Sprachfertigkeiten, die allgemeines Aufsehen erregen, die Kraft ihrer Stimme, die Größe ihrer Überzeugungskraft. Sie machen große Ansprüche, geben über ihre Vermögensverhältnisse Geld aus, leben in Saus und Braus, haben hochfliegende Heiratspläne.

Allmählich entwickelt sich auch das Größenwahnsystem mehr und mehr in einer Richtung. Je nach der vorpsychotischen Persönlichkeit und nach äußeren gestaltenden Einflüssen werden die verschiedenen Richtungen menschlicher Wünsche und menschlichen Strebens in krankhafter Weise kopiert, sei es, daß die Kranken sich intellektuell auf überragender Höhe fühlen (Weltverbesserer, Volksbeglücker, Erfinder), sei es, daß sie sich berufen fühlen, in religiöser Beziehung die Menschen zu bessern, sie auf den rechten Weg zu führen und ihnen die ewige Seligkeit zu verschaffen, sei es, daß sie infolge ihrer Abstammung auf den Höhen der Menschlichkeit zu wandeln glauben. Eine letzte Gruppe der Selbstüberschätzungsideen entspricht wieder der Erotik; sie ist häufig mit den übrigen Formen verknüpft.

Die Kranken arbeiten Pläne aus, die die soziale Lage der Menschheit von Grund auf bessern sollen. Das Sparsystem, die Verteilung der Abgaben, die Art der Ackerbebauung, die Ausbeutung der Bodenschätze muß nach völlig anderen Prinzipien geregelt werden. Bei allgemeiner Gleichheit hat jeder Mensch nur ein Minimum von Arbeit zu leisten; Pläne zu Lotterien, bei denen jedes Los gewinnt, werden ausgearbeitet. Eine gleichmäßige Verteilung des Besitzes liegt anderen Ideen zugrunde. Für die Ernährung der Säuglinge, die Erziehung der Kinder, eine Reform des Schulunterrichtes, die Kräftigung des Volksstammes werden allgemein gültige Methoden und Regeln aufgestellt. Alle diese Probleme werden in umfangreichen, schwülstigen Schriftstücken ausgearbeitet, die entweder als Flugschriften und Bücher herausgegeben oder aber der Regierung, dem Reichstage, dem Kaiser zur Erprobung und Ausführung übersandt werden.

Andere derartige Kranke werden mit einem Schlage berühmt werden und ungemessene Reichtümer erwerben durch die Ausbeutung von Erfindungen, die sie gemacht haben oder zu machen im Begriffe sind, an denen ihnen oft nur eine winzige Kleinigkeit fehlt. Ohne die geringsten Vorkenntnisse machen sie sich an die schwierigsten Probleme heran, wollen das Perpetuum mobile, das lenkbare Luftschiff, das Unterseeboot erfinden, elektrisch vom Lande aus zu leitende Schiffe, Torpedos, Kriegsmaschinen aller Art konstruieren, Metalle veredeln, Gold machen. Pläne, die Kräfte des Niagara, des Rheins, der Gebirgsbäche auszunutzen, die Sonnenwärme durch Spiegel aufzufangen und nutzbar zu machen, die Elektrizität der Luft zur Straßenbeleuchtung zu verwerten, werden mit durch keinerlei Sachkenntnis getrübtem Vorurteil ausgearbeitet. Mit durchaus unzulänglichen Mitteln gehen sie an die Verwirklichung ihrer Pläne; ihre Zeichnungen, ihre schriftlichen Ausarbeitungen werden immer abenteuerlicher, ihre Modelle immer verwickelter, ungeheuerlicher und unverständlicher. Aus allen möglichen Abfällen von Holz und Metallteilen setzen sie mit großem Aufwand von Draht und Bindfaden Maschinen zusammen, die das Prinzip ihrer Erfindungen auch dem Ungläubigen sofort klar machen sollen, Zeit und Geld opfern sie für ihre hochfliegenden Pläne, bemühen sich um Patente, suchen für die Verwertnng ihrer Erfindungen, die ganz zweifellos berufen sind, eine Umwälzung auf allen Gebieten menschlichen Könnens herbeizuführen, Geldleute zu interessieren. Sehen sie dann, daß ihre vermeintlichen Erfindungen bereits von anderen seit Jahren gemacht und vervollkommnet sind, so hat man ihnen ihre Pläne abgelauscht, ihre Zeichnungen, ihre Modelle entwendet, ihre Patente, oft auch ihre Gedanken entzogen. Maßlos sind ihre Hoffnungen, die sie an un-

bedeutende wirkliche Erfindungen knüpfen, die sie für epochemachend halten, von denen sie Millionenerwerb erhoffen und sei es auch die Erfindung eines Patenthosenknopfes. Unerschütterlich glauben sie an ihre Erfindungen und deren Zukunft, unverzagt arbeiten sie Jahrzehnte hindurch weiter an deren Vervollkommnung, opfern jeden Pfennig ihres Besitzes dafür, bis sie schließlich am Bettelstab sind. Aber auch dann ist ihr Mut noch nicht gebrochen: ihre Erfindung wird ihnen in kurzer Zeit alles wieder einbringen, die Ausbeutung ihrer Patente wird Millionen abwerfen, man bemüht sich schon darum. Sie werden in ihren Ansprüchen um so maßloser, je unbegründeter dieselben sind und fordern von der Allgemeinheit, vom Staate Unterstützung ihrer Bestrebungen.

Den Weltverbesserern nahe stehen die Religions- und Sektenstifter, die Propheten und Bußprediger. Der Kranke ist der Auserwählte Gottes, der andere Messias, Gottes Sohn, sein Prophet, der Papst der Päpste, der verheißene Erlöser. Mit ausgedehnter Bibelkenntnis, reichlichen Zitaten aus religiösen Schriften, den Resultaten religiöser Grübeleien, den Erzählungen traumhafter ekstatischer Erlebnisse weiß er seine „Lehre" auszuschmücken und eindringlich zu machen. Allwissend, von Gott selbst mit der Gewalt über Leben und Tod ausgestattet, als Erlöser der Menschheit, die tief im Sündenpfuhl steckt, geweiht, gereinigt durch den heiligen Geist, der in Gestalt einer Taube zu ihm herabgekommen ist, verkündet er den rechten Glauben, sucht er die Menschheit zu bekehren, kommt er als Vorbote des jüngsten Gerichtes, um die Schafe von den Böcken zu sondern. Er allein weiß die heilige Schrift richtig auszulegen, er hat die Kraft der Wunderheilung, sein Gebet vermag Blinde sehend und Lahme gehend zu machen, der Tod hat ihm gegenüber keine Macht. Er hat Kämpfe mit dem Teufel zu bestehen, der leibhaftig zu ihm kommt, den er durch sein Gebet überwindet, so daß er durch den Schornstein entweicht; er steht mit Gott im Bunde und bewirkt, daß Krieg, Not und Tod aus der Welt verschwinden, daß die Irrenhäuser leer werden. Er hat im nächsten Weltkrieg eine entscheidende Rolle zu spielen, wie Gott sie ihm bestimmt hat, dem deutschen Kaiser zum Siege zu verhelfen, England vom Erdboden verschwinden zu lassen. Er muß gegen den schlechten, den lutherischen Glauben kämpfen, hat seine Mission von Gott selbst erhalten, will alle Welt in den Schoß der katholischen Kirche zurückführen. Die Internierung in der Anstalt ist eine Prüfung, Gottesschickung, dient zu seiner Läuterung, damit er das Elend dieser Welt besser kennenlernt und den Kelch des Leidens ganz leert. Gott wird ihn, wenn seine Zeit erfüllt ist, selbst wieder herausführen. Wie Christus 40 Jahre alt war, als er gekreuzigt wurde, so wird auch seine Zeit in 40 Jahren erfüllt sein; er wird als König der Ehren in Neu-Jerusalem einziehen und die Menschheit glücklich machen.

Nach längerer Zeit der Vorbereitung erhält der Kranke dann von Gott den Befehl, seine Sendung zu erfüllen. Er beginnt, Buße zu predigen, dabei meist die berufenen staatlichen Diener der Kirche anzugreifen, seine göttliche Sendung zu verkündigen. Gelingt es solch einem Propheten, eine kleine Gemeinde Gläubiger um sich zu scharen, die seinen Worten vertraut, seinen Geboten folgt, — und das ist häufig der Fall — so greift sein Größenwahn auf alles Weltliche über; er fühlt sich als der Beherrscher der wahrhaft Gläubigen, erkennt keine weltliche Autorität mehr an, kommt in ständigen Konflikt mit den weltlichen Machthabern, setzt Könige und Kaiser ab, entthront den Papst, spricht öffentlich

gegen den Bischof, glaubt die Welt regieren zu können unter Hinweis auf die zahlreiche, über die ganze Erde verbreitete Gemeinde seiner Anhänger, die in Wirklichkeit aus einigen schwachsinnigen Alten, hysterischen Frauenzimmern, von der Arbeit zermürbten, stark suggestiblen Individuen besteht. Gerade diese Art von Wahnvorstellungen geht mit zahlreichen Erinnerungsfälschungen, traumhaft-ekstatischen Erlebnissen und Sinnestäuschungen einher.

Eine noch größere Bedeutung haben die wahnhaften Erinnerungsverfälschungen bei der nächsten Gruppe von Größenwahnsinnigen, wo die Idee hoher Abstammung in den Vordergrund des Wahnes tritt, den „Genealogen" der französischen Autoren. Der Kranke hat zu Anfang das Gefühl, daß seine Überlegenheit von der Umgebung mehr und mehr anerkannt wird. Die Leute drehen sich auf der Straße nach ihm um, stoßen sich an, sobald er vorbeigeht, tuscheln, sehen ihn bedeutungsvoll an, machen ihm ehrerbietig Platz. Er fängt im Vorübergehen Bemerkungen auf, daß er adelig, gefürstet, aus königlichem Blute sei; fremde Menschen grüßen ihn respektvoll. In seiner Gegenwart unterhält man sich von einem Prinzen. Angehörige des Fürstenhauses begegnen ihm auffallend oft auf seinen Spaziergängen, danken ihm immer sehr höflich für seinen Gruß, sehen sich nach ihm um. Der Herzog erkundigt sich im Vorüberfahren nach ihm, er hört zufällig seinen Namen aussprechen und den Herzog fragen: Ist er denn auch würdig? Ein Lakei des Fürsten X. folgt ihm längere Zeit in geringem Abstande. Hochgestellte Damen können den Blick nicht von ihm wenden, seufzen, wenn sie ihn sehen, ziehen in bedeutungsvoller Weise das Taschentuch. Er hört, wie die Umstehenden von ihm sagen: er ist aus altem Adel, ein unehelicher Sohn des Königs. Der König erhebt ihn im Vorbeifahren in den höheren Adelsstand. Sein Bild wird als das des Prinzen Y. in allen illustrierten Zeitschriften gebracht. Er merkt, wie seine Eltern, die eigentlich ja nur seine Pflegeeltern sind, im Nebenzimmer flüstern, ihn bei seinem Eintreten besonders ernsthaft grüßen oder verlegen anschauen. Beim Besichtigen der Bilder in der Kunstausstellung, im Königlichen Schlosse wird ihm mit einem Male aus der Familienähnlichkeit klar, daß er aus einer alten Adelsfamilie, aus dem Königshause stammt, daß er der außereheliche Sohn eines Prinzen, der rechtmäßige Thronerbe ist. Er hat gehört, wie seine Pflegeeltern sich im Nebenzimmer unterhielten, daß er als Kind aus dem wunderschönen Garten seiner Eltern von Zigeunern geraubt wurde, oder, daß seine Pflegeeltern ihn im Walde verirrt gefunden und als ihr eigenes Kind erzogen haben; er wird von ihnen zurückgehalten, um ein großes Lösegeld zu erpressen, weil er um die ihm zustehende Erbschaft betrogen werden soll, auf Anordnung des Bruders, der ihm den Thron rauben will. Seine eigentlichen Eltern sind ohne Nachricht von ihm, sie inserieren nach ihm in den Zeitungen, um seinen Aufenthaltsort zu erfahren, haben die Polizei, Scharen von Detektivs mit Nachforschungen beauftragt; doch die Pflegeeltern haben ihn geschickt verborgen gehalten, haben schließlich, als ihnen das Messer an der Kehle stand, seine Aufnahme in die Irrenanstalt durchgesetzt, um ihr Verbrechen zu verdecken. Der Kranke tut endlich Schritte, um zu seinen Gütern, seinem Gelde, seiner gesellschaftlichen Stellung zu gelangen: er wendet sich schriftlich an seine vermeintlichen wahren Eltern, droht seinen Vergewaltigern, versucht Liebesbeziehungen mit hochgestellten Persönlichkeiten anzuknüpfen, unterschreibt sich als adelig, als Fürst, als Prinzessin, belästigt schließlich seine ver-

meintlichen Eltern und Verwandten auf der Straße, wird tätlich gegen seine Pflegeeltern, ruft die Hilfe der Behörden an. Andere derartige Kranke verüben Hochstapeleien, bis sie endlich in der Irrenanstalt stets anspruchsvoll und anmaßend, in stetem Kampfe mit ihren Mitkranken, die sie nach Möglichkeit zu tyrannisieren suchen, in stetem Kampfe mit den Ärzten, oft in teilweiser illusionärer Verfälschung ihrer Umgebung ihr Dasein beschließen.

Der Wahn hoher Abstammung leitet hinüber in den erotischen Größenwahn. Ein feingekleideter, anscheinend hochgestellter Herr sieht die Kranke auf der Straße so eigentümlich an, schaut sich nach ihr um, folgt ihr, um zu sehen, wo sie wohnt. Wenige Tage später trifft sie ihn wieder, eine rote Rose im Knopfloch; er lächelt sie an, winkt ihr zu, deutet auf seine Rose. Er lädt sie durch Zeitungsannoncen zum Stelldichein, erklärt ihr durch die Zeitung seine Liebe, gibt ihr zu verstehen, daß er ohne sie nicht leben kann. Sie geht zum Stelldichein und findet niemand, der sie erwartet. Aber schon am nächsten Tage trifft sie ihn wieder; er gibt ihr zu verstehen, daß seine Verwandten gegen seine Liebe sind und seine Pläne zu durchkreuzen suchen. Sie merkt, daß alle Welt von ihrer Liebe weiß, daß es ein sehr hochgestellter Herr sein muß, der um sie wirbt. Man spricht davon in Andeutungen, wenn sie vorübergeht; die Zeitungen bringen Gerüchte über eine in Aussicht stehende Verlobung eines Prinzen, des verwitweten Landesfürsten: da merkt sie, daß er es ist, der ihr in Verkleidung folgt, daß sie die Auserkorene ist, daß sie dem Fürsten zur linken Hand angetraut werden soll. Am anderen Tage steht es auch schon in der Zeitung, unter der Chiffre der Anfangsbuchstaben ihres Namens findet sie die Aufforderung zur Verlobung. Sie beeilt sich, entweder auf dem gleichen Wege oder schriftlich oder gar mündlich ihre Zustimmung zu geben. Doch die Gegnerschaft der Verwandten, der Hofgesellschaft, der Mätresse des Fürsten ist zu mächtig; sie wird ins Irrenhaus gesperrt. Aber auch hier liest sie täglich aus den Inseraten der Zeitung, wie tief der Geliebte sie bedauert, wie er kein Mittel unversucht läßt, sie zu erlösen und heimzuführen. Täglich liest sie, daß sie sich nur noch kurze Zeit gedulden solle, daß ihr bald die gebührende Genugtuung für ihre Leiden werden solle; um sie wenigstens zu sehen, besucht der angebliche Liebhaber sie verkleidet in der Anstalt.

In ganz ähnlicher Weise fühlt der männliche Kranke die Blicke einer hochstehenden Dame, einer Gräfin, der Prinzessin auf sich ruhen. Auch er findet täglich in der Zeitung, an der Litfaßsäule Aufforderungen zu einem Zusammentreffen, zu Fensterpromenaden, aus seiner Zurückhaltung herauszutreten, bis er sich schließlich zu weiteren Schritten entschließt, wirklich Fensterpromenaden macht, die Dame auf der Straße belästigt, sie anspricht, ihr liebeglühende Briefe schreibt. Aus dem Gespräche Fremder, aus der Zeitung entnimmt er endlich, daß sie ihn in ihrer Wohnung erwartet; er läßt sich bei ihr melden, gesteht ihr seine Liebe, erfährt die verdiente Abweisung, läßt sich aber dadurch nicht beirren, wird zudringlich und endet ebenfalls im Irrenhause, wo er seine erotischen Ideen weiter pflegt, alles Mißgeschick als Prüfung seiner Liebe auffaßt und den Tag zu erkämpfen sucht, der ihm die Freiheit und die Erfüllung seiner Liebeshoffnungen bringen soll. Zur Erreichung ihrer ehrgeizigen Pläne wenden derartige Kranke ihr ganzes Vermögen auf; für Zeitungsinserate geben sie Unsummen aus, ebenso für Geschenke, für einen weit über ihre Verhältnisse hinaus-

gehenden Kleiderluxus, um standesgemäß gekleidet zu sein. Sie reisen den geliebten Personen nach, vernachlässigen ihren Beruf, kommen schließlich zu keiner geordneten Beschäftigung mehr, müssen in der Anstalt auf Armenkosten verpflegt werden.

Die in der obigen schematischen Beschreibung in bunter Reihe aufgezählten, teilweise lose aneinandergereihten Vorstellungen der Beeinträchtigung und der Größe kombinieren sich in der mannigfaltigsten Weise. Gerade die formal logische Verknüpfung der Ideen untereinander, wie sie oft nur angedeutet werden konnte, die langsame Entstehung von Verfolgungs- und Größenideen auseinander auf dem Wege des logischen Schlusses ist eines der Kennzeichen des paranoischen Wahnes. Der Erfinder schließt, da er seinen pekuniären Ruin vor Augen hat, daß feindliche Mächte ihn um die Früchte seiner Arbeit bringen, die Geliebte des Herzogs schließt, weil sie ihr Ziel, die Vereinigung mit der geliebten Person, nicht zu erreichen vermag, daß die Hofkamarilla ihr entgegenarbeitet, der Messias ist sich über die Verfolgungen von seiten der ungläubigen Mitmenschen im klaren, hält sie für Gottesschickung, der entführte Prinz glaubt an unlautere Motive, die seine Pflegeeltern bestimmen, ihn seinen wirklichen Eltern vorzuenthalten. Der Kranke verarbeitet sowohl die äußeren Eindrücke wie seine eigenen Überlegungen im Sinne seiner krankhaften Grundvorstellungen, er läßt sich nicht als Spielball augenblicklich auftauchender Vorstellungen und normaler oder krankhafter Sinneseindrücke bald in diese bald in jene Wahngruppe drängen.

Der Paranoiker baut sich eben ein Wahnsystem auf, d. h. aus der allgemeinen Grundrichtung seiner wahnhaften Vorstellungen heraus entwickelt er in der skizzierten Weise aus äußeren oder inneren Gründen eine spezielle Wahnform, mit der alle weiter entstehenden Einzelheiten logisch verknüpft werden, in deren Sinne alle Wahrnehmungen gedeutet, der alle Vorstellungen untergeordnet werden, die derart langsam vervollständigt wird. Dieses Wahnsystem ist fixiert, d. h. in seiner Ideenrichtung unverrückbar; dagegen kann es durch die Art des Ausbaues zu einer großen Verschiedenheit der im Grunde gleichen Systeme kommen. Der Entwicklungsreihen, die der gleiche Grundwahn nehmen kann, gibt es so viele als Paranoiker. Im Sinne des Individualcharakters, der durch die Erziehung eingeimpften Voraussetzungen, der durch die Schulbildung erworbenen Kenntnisse, besonders der im Kampfe ums Dasein gewonnenen Lebenserfahrungen entwickelt sich in der durch die paranoische Veranlagung gegebenen allgemeinen Richtung das Wahnsystem zu einer individuellen Einheit, deren Einzelheiten äußere Momente wohl auslösen können, ohne daß es ihnen aber möglich wäre, einen wesentlichen Einfluß auf ihre Art, Richtung und Stärke zu gewinnen. Der Ausbau des Wahnsystems erfolgt logisch, soweit es möglich ist. Sobald dem Paranoiker in der Kette wahnhafter Vorstellungen, die sein individuelles System bilden, eine Lücke erscheint, seine Befürchtungen, Wünsche und Hoffnungen den bisherigen wahnhaften Verfolgungs- oder Größenideen zu weit vorausgeeilt sind, ergänzt er dieselben auf dem Wege der Kombination, wonach diese Unterform der Paranoia ja auch ihren Namen führt. Wird diese Lücke jedoch zu groß, um auf dem Wege rein kombinatorischer Vorstellungsreihen überbrückt zu werden, so sucht er die logische Verknüpfung seiner Vorstellungen, die Einheit seines Wahnsystems dadurch zu erhalten,

daß er Erinnerungsfälschungen einschiebt, soweit ihm nicht Trugwahrnehmungen zu Hilfe kommen. Der Nachweis einer individuell bedingten Einheit des Wahnsystems bzw. des unausgesetzten Strebens danach ist unerläßlich für die Annahme einer Paranoia combinatoria.

Die Wahnideen des Paranoikers behalten meist bis in die letzten Stadien der Erkrankung ein erträgliches Maß von Möglichkeit, in den früheren Zeiten pflegen sie auch dem Geistesgesunden in ihren Gedankengängen stets verständlich zu sein, weswegen es dem Kranken häufig gelingt, seine Umgebung von der Richtigkeit seiner Wahnideen zu überzeugen und selbst fernerstehenden kritischen Naturen, häufig selbst dem Irrenarzte ist es im Anfange des Beeinträchtigungs-, des Eifersuchtswahnes, ebenso des Wahnes krankhafter Erfinder, erotischer Größenideen, vor allem aber im Anfange des Querulantenwahnes, schwer oder unmöglich zu erkennen, ob es sich um ein paranoisches Wahngebilde handelt, ob hinter den Erzählungen wenigstens ein wahrer Kern steckt, ob endlich die Erzählungen völlig der Wahrheit entsprechen. Die Wahnideen des Paranoikers fallen lange Zeit aus dem Rahmen des wirklichen Geschehens und normaler Möglichkeiten nicht heraus.

Eines dürfte aus der Skizzierung paranoischer Wahnformen noch hervorgehen: die völlig divergierende Auslegung, die dieselben Sinneseindrücke, dieselben Geschehnisse in der Außenwelt durch den Paranoiker erfahren können je nach der beherrschenden Vorstellungsrichtung oder, nach den früheren Ausführungen, besser noch nach der vorpsychotischen Denkrichtung. Das geheimnisvolle Flüstern, die eigentümlichen Blicke der Umgebung, eine gewisse Verlegenheit Nahestehender bei plötzlichen Begegnungen bedeuten dem verfolgungswahnsinnigen Paranoiker, daß die Personen mit seinen Verfolgern unter einer Decke stecken, daß sie von den Nachstellungen, denen er ausgesetzt ist, wissen, eventuell sogar, daß sie ihn wegen der Untreue seiner Frau, wegen der ihm noch drohenden Verfolgungen bedauern, dem Größenwahnsinnigen, daß sie in ihm etwas Höheres sehen. Was dem einen Ausdruck höchster Mißachtung oder größten Bedauerns ist, erscheint dem anderen als Zeichen der Ehrerbietung und des Neides. Dabei kann die tatsächliche Grundlage der falschen Vorstellungen eine durchaus richtig aufgefaßte sein; die Leute werden häufig dem Kranken ein erhöhtes Interesse, eine größere Aufmerksamkeit schenken, eben weil sie merken, daß sie einen Geisteskranken vor sich haben, den sein scheues Betragen, sein mißtrauisches Gesicht, vielleicht seine eigenartige Tracht, andererseits seine erhabene, hochmütige Miene, sein erotisches Gebahren, seine stutzerhafte Kleidung als solchen auch für den Laien erkennen lassen.

Die Sinneswahrnehmungen des Paranoikers sind zum größten Teile völlig richtige, sie werden nur falsch gewertet und zwar im Sinne des herrschenden Wahnes. Daß dabei arge Verzerrungen der tatsächlichen Bedeutung der wahrgenommenen Vorgänge gewöhnlich sind, daß vor allem bedeutungslosen Wahrnehmungen größte Wichtigkeit beigemessen wird, ist bei der Überwertigkeit der Vorstellungen und der Stärke der Affekte des Paranoikers erklärlich. Von manchen Seiten ist deshalb eine Art Hypervigilität, eine Steigerung der Beobachtungsgabe, ja direkt eine Schärfung des Verstandes, vor allem der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses während des Verlaufes der paranoischen Erkrankung angenommen worden unter Hinweis auf die häufige Beobachtung, daß die Kranken

weit zurückliegende Situationen mit allen Einzelheiten reproduzieren, daß sie in jedem Augenblicke logisch zusammenhängend, sinnlich lebhaft und mit anscheinend großer Treue fern liegende Ereignisse schildern, Gespräche usw. wörtlich wiederholen können. Wenn auch nicht zu bestreiten ist, daß das Gedächtnis der Paranoiker für Situationen, denen sie für sich und ihren Wahn Wichtigkeit beimessen, tatsächlich oft staunenswert ist, erklärlich durch die intensive Konzentration des gesamten Denkens auf den Wahn und die mit ihm in Zusammenhang tretenden Vorgänge, so ist doch derartigen Hypermnesien gegenüber größte Vorsicht am Platze, da in fast allen Fällen bald häufiger, bald seltener Erinnerungsfälschungen die Reproduktionstreue zu vermindern pflegen. Die Häufigkeit solcher Konfabulationen ist gelegentlich eine so große, daß man mit Neisser von einer „konfabulierenden Paranoia" sprechen könnte. Oft ist es schwer zu entscheiden, was an den Erzählungen der Kranken Wahrheit, was hinzugedichtet ist, was endlich auf wirklichen Sinnestäuschungen beruht, da Wahrheit und Dichtung sich innig durchflechten, die Kranken beides logisch verknüpfen, wie die Erdichtungen überhaupt meistens dem unbewußten Verlangen der Kranken nach Logik entspringen, um Lücken in der Beobachtungs- und Vorstellungsreihe auszufüllen. Aus diesem Grunde ist es sicherlich falsch, das Bestehen von Konfabulationen an sich schon als den Ausdruck einer Geistesschwäche des Paranoikers zu betrachten, wie es von einigen Autoren geschehen ist; die Entstehung von Konfabulationen zeigt vielmehr, daß die logische Verknüpfung, die bei den Geistesgesunden alle Wahrnehmungen und Geschehnisse finden müssen, auch für den Paranoiker Naturnotwendigkeit bleibt, da eine Abnahme der Merkfähigkeit leicht auszuschließen ist. In der Mehrzahl der Fälle von Verfolgungswahn handelt es sich um nachträgliche Verfälschung wirklicher Erlebnisse; seltener ist die freie Erfindung angeblicher Erinnerungsbilder. Letztere Art von Konfabulationen ist zahlreicher im Zusammenhange mit Größenideen. Der Wahn hoher Abstammung vor allem zwingt zu derartigen Verfälschungen des gesamten Vorlebens bis in die Kindheit hinein, aber auch der religiöse, der erotische Größenwahn, wie von den Beeinträchtigungsideen besonders der Eifersuchtswahn geht vielfach mit frei erfundenen Erinnerungsfälschungen neben nachträglich umgewerteten einher. Der in der frühesten Kindheit erfolgte Raub aus dem Elternhause durch Zigeuner oder gedungene Banditen, das Verirren im Walde und Auffinden durch die vermeintlichen Pflegeeltern, das unsere Opernliteratur in so hervorragendem Maße befruchtete, einerseits, konfabulierte Kämpfe mit dem Teufel, Erscheinungen Gottes und seiner Heiligen, konfabulierte Begegnungen mit der geliebten Person andererseits müssen den Zusammenhang im Wahngebäude herstellen. Nachträglich wird ein Zusammenhang zwischen den Handlungen der angeblich ungetreuen Ehefrau hergestellt, wird der Beweis für die Verfolgungen aus angeblichen Äußerungen Angehöriger oder Fremder geschmiedet. Oft läßt in derartigen Fällen das völlig passive Verhalten des Kranken sowie das blinde Fürwahrhalten derartiger Situationserinnerungsfälschungen diese als solche erkennen.

Noch schwieriger als die Entscheidung, ob es sich um wirkliche oder erdichtete Erlebnisse handelt, ist häufig die, ob eine Konfabulation oder eine Sinnestäuschung vorliegt. Es gibt sicher nur wenige Fälle kombinatorischer Paranoia, deren Geschichte nicht zu irgendeinem Zeitpunkte vereinzelte Sinnes-

täuschungen auffinden läßt. Besonders treten dieselben in den Stadien beschleunigten Vorstellungsablaufes verbunden mit allgemeinen Unruheerscheinungen und stärkerer affektiver Betonung der intensiver hervortretenden Wahnideen hervor, wie sie als interkurrente Erregungszustände das einförmige Bild der Paranoia gelegentlich zu unterbrechen pflegen. Es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle um vereinzelte Gehörstäuschungen von der Art der Illusionen, seltener um Täuschungen auf einem der übrigen Sinnesgebiete. Gelegentlich kommen aber auch kürzere oder längere Perioden lebhafter bis massenhafter Trugwahrnehmungen vor, die mit Erregungszuständen lebhafterer Art einhergehen; dieselben sind jedoch wohl nie so stark, daß sich psychische Zustände entwickeln, die man als halluzinatorische Verwirrtheit bezeichnen könnte. Vereinzelte Sinnestäuschungen werden häufig von den Kranken dissimuliert, weil dieselben einmal ihre Trugwahrnehmungen von den normalen Wahrnehmungen zu unterscheiden wissen, wenngleich sie ihnen dieselbe Realität beimessen, weil sie sich andererseits sagen, daß derartige, ihnen selbst eigenartige Wahrnehmungen von ihrer Umgebung, das heißt ihren Feinden, noch weniger verstanden, demgemäß als Zeichen geistiger Störung ausgelegt werden, was sie zu vermeiden suchen. In Zuständen interkurrenter Erregung enthüllt sich dann oft, daß der Kranke bereits seit Jahren halluziniert hat, wie der infolge seiner Veranlagung verschlossene, mißtrauische Paranoiker, worauf Gerlach hinweist, überhaupt häufig erst in einem Zustande gesteigerter Affektivität mit ihrer verminderten Hemmung sein Innenleben preisgibt. Es ist deshalb anzunehmen, daß die Paranoiker, die während ihrer Erkrankung anscheinend keine Trugwahrnehmungen aufweisen, diese, die vielleicht sehr selten bei ihnen auftreten, nur geschickt zu dissimulieren verstehen; dabei scheinen diejenigen Fälle, die die geringsten Intensitätsschwankungen zeigen, auch am seltensten von Sinnestäuschungen heimgesucht zu werden, was aus der Häufigkeit einer affektiven Genese der letzteren erklärlich ist, andererseits zur Erklärung des viel schwankenderen und lebhafteren Verlaufes der halluzinatorischen Paranoiaformen herangezogen werden muß.

Die Sinnestäuschungen sind häufig mit den Erinnerungsfälschungen innig verbunden, so daß der wirklich illusionäre und der erdichtete Anteil an ihnen nicht sicher zu trennen ist. Wesentliche Bedeutung erhält dieser Umstand bei der halluzinatorischen Form der Paranoia, wo näher darauf eingegangen werden soll. Illusionen und Erinnerungsfälschung haben ja auch in ihrer psychologischen Genese nahe Berührungspunkte.

Der Besprechung der Erinnerungsverfälschungen und der Trugwahrnehmungen ist der Hinweis auf die vor allem bei der religiösen, aber auch der erotischen Form des Größenwahnes häufigen ekstatischen Zustände anzuschließen, das heißt der Zustände über das Maß der Norm hinausgehender Ergriffenheit, die sich bis zur Verzückung mit Absperrung gegen jede äußere Wahrnehmung und jede vernünftige Überlegung steigern kann. Von altersher hat die religiöse Betrachtung am meisten zu derartigen ekstatischen Zuständen disponiert, weshalb auch der religiöse Größenwahn unter den Wahnformen der Paranoia am häufigsten derartige Zustände hervorruft. Ihr Vorkommen geht in den meisten Fällen mit entsprechenden Sinnestäuschungen einher oder wird durch solche gekrönt, beides aus dem gemeinsamen Boden der krankhaften Affektivität ent-

springend, wobei die Trugwahrnehmung des die Ekstase beherrschenden Vorstellungskomplexes durch die Steigerung der Gefühlsbetonung infolge des krankhaften Zustandes selbst in letzter Linie ausgelöst wird. Derartige Kranke sehen den Himmel offen, Gott inmitten seiner Heerscharen; die Sonne neigt sich vor ihnen, Gottes Stimme, der Engel Jubilieren, die Sphärenmusik wird ihnen verständlich.

Die Affekterregbarkeit des Paranoikers pflegt entsprechend der großen Bedeutung, die die wahnhaften Vorstellungen für den Kranken haben, eine krankhaft erhöhte zu sein, auch nachdem der primäre pathologische Affekt durch die erste Wahnbildung, mit der der Kranke den Grund für seine mißtrauische Gemütsverfassung, für die ihm unheimliche Veränderung der gesamten Umgebung, für seine innere Unruhe und Spannung gefunden, die Bestätigung seiner inneren Gehobenheit erhalten zu haben vermeint, abreagiert ist. Wie die Vorstellungen der Paranoiker, vor allem in den späteren Stadien der Krankheit, über das Maß der Norm mehr weniger hinausschießen, so zeigen auch die sie begleitenden Gefühlstöne je nach der Art des Wahnes in positiver oder negativer Richtung größere Ansprechbarkeit, als sie die gewöhnlichen Vorstellungen des Geistesgesunden begleitet. Diese gesteigerte Lebhaftigkeit pflegt sich einmal darin kundzugeben, daß die Kranken ihren Vorstellungen ein erheblich größeres Interesse widmen, als der Geistesgesunde auch für ihn nahe berührende Vorstellungskomplexe übrig hat, andererseits besonders darin, daß selbst leichte äußere Affektstöße über das Maß der Norm weit hinausgehende Erregungen hervorrufen können, die ihrerseits wieder die entsprechenden Handlungen auslösen. Schon der geringste Zweifel an der Richtigkeit der geäußerten Beeinträchtigungsideen, der leiseste Widerstand gegen die aus den Größenideen entspringenden Handlungen, ein unbedachtes Wort aus dem Munde des Arztes kann zu Zornesausbrüchen lebhaftester Art führen, gelegentlich schwere Verbrechen auslösen. Die Höhe der Affekterregbarkeit gibt bei der Paranoia combinatoria den wichtigsten Impuls für die Handlungen des Kranken ab.

Diese Handlungen entsprechen den die Paranoiker beherrschenden Vorstellungsreihen. Während der Paralytiker die schwersten Verfolgungs- oder Versündigungsideen lächelnden Angesichts zu äußern vermag, die wildesten Größenvorstellungen mit völlig uninteressierter Miene äußert, während der paranoid Demente teilweise in völliger Gleichmütigkeit seinen wahnhaften Vorstellungen gegenübersteht, zur Realisierung derselben nichts unternimmt, stellt das Leben des Paranoikers einen steten Kampf um seinen Wahn dar, da er in allen Einflüssen des Lebens ihm entgegenstrebende Mächte erkennt, gegen die er sich in Abwehrzustand setzt. Mit äußerster Konsequenz, unbekümmert um Fehlschläge, die ihm im Gegenteil nur zum Ansporn zu noch weiterer, mit zähester Energie geführter Verteidigung gegen seine Verfolger, weiteren Versuchen, seine Selbstüberschätzungsideen zu verwirklichen, dient, strebt er, seine Ziele zu erreichen. Seinen Verfolgern sucht er zuerst durch häufigen Wechsel seiner Stellung, seines Wohnortes, durch Reisen zu entgehen; er verbarrikadiert sich in seiner Behausung, schließt sich von der Außenwelt nach Möglichkeit ab, erfindet alle möglichen, zum Teil mehr oder minder komischen Schutzmaßregeln, läßt sein Haus von Hunden bewachen, verläßt nie unbewaffnet seine Wohnung. Allmählich geht dieser Zustand des passiven Schutzes gegen seine Widersacher in den des aktiven

Angriffs über. Er verlangt Hilfe bei der Polizei, erhebt Anklage vor Gericht, es kommt zu Beschimpfungen seiner vermeintlichen Gegner, öffentlichen Beleidigungen, ernsthaften Drohungen, endlich unter Umständen zu einer Gewalttat. Der Eifersuchtswahnsinnige sucht ebenso wie der geistesgesunde Eifersüchtige zuerst den ungetreuen Gatten zu überraschen, ihn zu entlarven; später kommt es auch hier zu wörtlichen und tätlichen Beleidigungen schlimmster Art, der Gattenmord bzw. sein Versuch pflegt der nicht seltene Ausgang zu sein, sofern der Kranke nicht vorher in der Irrenanstalt Aufnahme gefunden hat. Die Konsequenz, mit der der Größenwahnsinnige in langsamer Steigerung der angewandten Mittel seine Ziele zu erreichen sucht, ist bereits oben geschildert worden. Diese Konsequenz pflegt stets den Stempel der Verbohrtheit zu tragen, die im Verlaufe der Krankheit mehr und mehr zunimmt. Unbekümmert um die Folgen verläßt die vermeintlich betrogene Ehefrau den Gatten; ohne an die Zukunft zu denken, weist die Geschäftsfrau Kunden, von denen sie annimmt, daß sie ihr zur Schikane von der Konkurrenz gesandt sind, aus ihrem Laden; um den Verfolgern zu entgehen, geben die Kranken Lebensstellungen auf, wenn sie danach auch dem Nichts gegenüber stehen. Im Beginne der Erkrankung hält sich die Reaktion auf die Wahnvorstellungen noch in leidlichen Grenzen, entspricht im großen und ganzen den von Geistesgesunden unter ähnlichen tatsächlichen Verhältnissen einzuschlagenden Wegen, so daß sie nur deshalb als pathologisch zu bezeichnen ist, weil sie auf dem Boden krankhafter Ideen erwächst; nicht selten findet der Paranoiker dazu die Unterstützung seiner Umgebung oder der Behörden. Im weiteren Verlaufe wird sie ständig maßloser, bis es schließlich auch zu Handlungen kommen kann, die dem Geistesgesunden auf den ersten Anblick völlig unverständlich erscheinen, die sich aber bei Verfolg des paranoischen Gedankenganges doch bis zu einem gewissen Grade verstehen lassen. Nie kommt es zu wirklich unsinnigen Handlungen, wenngleich die Kranken nach jahrelangem Bestehen der Erkrankung oft auf eigenartige, schief und komisch wirkende Mittel, um dem für sie unerträglichen Zustande ein Ende zu machen, verfallen. Die normalen Hemmungen pflegen auch in den letzten Stadien dem Paranoiker nicht vollkommen verloren zu gehen; zu Kapitalverbrechen kommt es viel seltener als bei Geistesstörungen, die mit den gleichen Wahnideen eine Abschwächung der intellektuellen Funktionen verbinden, z. B. ist der Gattenmord im Eifersuchtswahne der Paranoia viel seltener als bei dem auf dem Boden des alkoholischen Schwachsinns entstandenen gleichen Zustande. Ein allgemeiner Bruch mit der Welt, ein gänzliches Zurückziehen in den eigenen Wahn pflegt im Endstadium der Paranoia einzutreten.

Neben diesen dem Wahne an sich entspringenden Handlungen pflegt die allgemeine Arbeitsfähigkeit des Paranoikers nur insoweit zu leiden, als er von seinen krankhaften Ideen in Anspruch genommen wird. Er vermag lange Jahre, selbst bis zum Tode umfangreichen Geschäften vorzustehen, klar zu disponieren, Ämter zu verwalten, vor allem auch seine persönlichen Angelegenheiten ohne Schwierigkeit zu versehen, seinen Lebensunterhalt zu erwerben, wenn auch die Ausdauer häufig zu wünschen übrig läßt. In der Irrenanstalt gehören die Paranoiker mit vorherrschenden Beeinträchtigungsvorstellungen zu den arbeitsamsten Insassen. Etwas anders verhält es sich mit den Größenwahnsinnigen, von denen stets eine gewisse Auswahl der ihnen zugemuteten Beschäftigung

ausgeübt oder aber jede Arbeit außer der für die eigene Person abgelehnt wird. Diese Paranoiker sind jedoch mit der Bearbeitung der sie selbst und ihre Wahnvorstellungen betreffenden Dinge vollkommen beschäftigt, so daß man ein beschäftigungsloses Herumstehen, eine dauernde Untätigkeit auch bei ihnen kaum findet. Dem normalen Drange nach Beschäftigung pflegen nicht nur die Verfolgungswahnsinnigen, sondern auch die Kranken mit Selbstüberschätzungsideen nicht zu widerstehen. Bei der ersteren Gruppe ist das nicht weiter verwunderlich, zumal die Kranken bald merken, daß eine intensive Beschäftigung ihre beängstigenden Wahnideen zurücktreten läßt; eigenartiger berührt es, wenn der vermeintliche Millionär sich als fleißiger Bureauarbeiter, der neue Messias als Gärtner, die Fürstentochter als Näherin betätigt. Stets wird von den Kranken aber auch eine derartige Beschäftigung motiviert, bzw. läßt die Art, wie sie ihre Tätigkeit ausüben, oder die aus derselben entspringende Vergünstigung dieselbe verstehen. Wenn der zukünftige Millionär bei seiner Tätigkeit Gelegenheit findet, seine umfangreichen Schriftstücke, die seine Ansprüche beweisen sollen, zu schreiben und hinauszuschmuggeln, die Fürstentocher in der Nähstube über andere Einfluß zu gewinnen und auszuüben vermag, so ist das eine verständliche Erklärung für die Tatsache ihrer Betätigung; der vermeintliche Messias erklärt sie daraus, daß der erste Christus ebenfalls einfache Arbeit getan habe, daß in der Bibel geschrieben stehe, daß man dem Nächsten dienen solle, daß seine Gartenarbeit die Vorbereitung auf die Bebauung des himmlischen Gartens sei. Es versteht sich von selbst, daß derartige Kranke meist nicht imstande sind, ihren Lebensunterhalt zu erwerben, sobald sie auf eigene Füße gestellt sind, daß sie nach Aufzehren etwaigen Vermögens, sofern nicht vorher die Entmündigung bzw. die Anstaltsaufnahme erfolgt ist, der Armenpflege anheimfallen.

Es ist oft merkwürdig, wie wenig im Verlaufe der Paranoia trotz der starken egozentrischen Einengung des Gesichtskreises die altruistischen Gefühle leiden. Das Gefühl für die Familie, selbst für die Mitmenschen pflegt in den meisten Fällen durchaus erhalten zu bleiben, eher werden die Familienangehörigen als die unschuldig unter den Verfolgungen Mitleidenden angesehen als in den Kreis der Verfolger einbezogen, wenn es auch vorübergehend infolge des Widerstandes, den die Angehörigen dem Kranken in manchen Dingen zu leisten gezwungen sind, zu einem Bruche mit ihnen kommt. Auch in späteren Stadien des Leidens pflegen weibliche Kranke sich um ihre Mitpatienten hilfreich zu bekümmern und sich dabei oft mit feinem Gefühl gerade die bedauernswertesten und hilflosesten unter denselben auszuwählen. Auch die übrigen ethischen Gefühle bleiben in den ruhigen Zeiten stets erhalten; wo sich in Wort oder Tat in erregteren Stunden leichte Lockerungen der ethischen Gefühle erweisen, sind dieselben aus der Stärke der einstürmenden Verfolgungen, der Massenhaftigkeit der Sinnestäuschungen, der Intensität der begleitenden Affekte immerhin noch erklärlich; nie kommt es zu wirklich schamlosen unmotivierten Worten, noch weniger zu derartigen Handlungen.

Äußerlich kann man die Wahnrichtung des Paranoikers in vielen Fällen bereits aus seiner Haltung, seinem Gange, seiner Kleidung, seinem Wesen schließen, kurz ihm seinen Wahn vom Gesichte ablesen. Die einen sind verschlossen, mürrisch, lehnen jede Unterhaltung, besonders jedes Eindringen in ihre wahnhaften Gedankenkreise ab, wittern in jedem Eindringling einen neuen Feind;

die anderen sind lebhaft, prahlen mit ihren Erfindungen, ihrem Reichtum, ihren hochfliegenden Plänen, ihrer Zukunft, suchen ihrer Umgebung zu imponieren; wieder andere sind unnahbar, herablassend gegen jedermann; noch andere schreiten ernst einher, den Blick in die Ferne gerichtet, gemessen in ihrer Haltung wie in ihren Bewegungen. Doch auch bei den verschlossenen, ablehnenden Kranken kommt es nie zu einem völligen Abschluß, einem kritiklosen Zurückziehen in sich selbst, wie es in der Schizophrenie häufig ist; sie haben trotz allem den normalen Drang, sich irgend jemand anzuschließen, sich gelegentlich auszusprechen, sich wenigstens schriftlich in Konnex mit ihrer Umgebung zu setzen.

Die Ausdrucksmittel, Sprache wie Schrift, haben für den Paranoiker eine große Bedeutung. Mit rednerischer Gewandtheit, ohne zu stocken, da er dieselben Gedankengänge, dieselben Wahrnehmungen, dieselbe logische Verknüpfung beider bereits ungezählte Male sich selbst und anderen widerholt hat, verblüfft er durch die Sicherheit und Lückenlosigkeit, mit der er sein Wahnsystem enthüllt und scheinbar begründet. Ebenso weiß er seine schriftlichen Auslassungen stilgerecht abzufassen, auch wenn die Orthographie wegen geringer Schulbildung zu wünschen übrig läßt. In den späteren Stadien des Leidens pflegt die Freude am Niederschreiben der Wahnideen zuzunehmen, das letztere zum Zweck an sich zu werden; man kann beobachten, daß es dem Kranken Befriedigung bereitet, daß eine Verringerung seiner Affektspannung wenigstens für kurze Zeit eintritt, sobald er sich seine Leiden oder seine Pläne von der Seele heruntergeschrieben hat, ebenso wie ihm eine ruhige Aussprache wohltut, wenn es natürlich auch dadurch nicht gelingt, seine krankhaften Vorstellungen zu korrigieren oder ihm auch nur zweifelhaft zu machen. Sprachlicher Ausdruck wie Schrift erfahren dabei allmählich eine Neigung zu gezierter Ausdrucksweise, zu größerer Schwülstigkeit, Langatmigkeit, zu schnörkelhaften Umschreibungen, sie werden bilderreicher, pathetischer, eigenartig betont, was sich in der Schrift durch veränderte Buchstaben, häufige Unterstreichungen, Gebrauch der Anführungs-, Ausrufungs- und Fragezeichen äußert, schließlich in selteneren Fällen auch zur Bildung eigener Worte für die eigenartigen Quälereien und Sensationen, die ihnen selbst etwas Rätselhaftes sind, das sich mit keinem der gebräuchlichen Ausdrücke einigermaßen treffend bezeichnen ließe, führt. Derartige Wortneubildungen sind meistens auch dem Geistesgesunden ohne weiteres verständlich, oder sie werden es durch die Erklärungen der Kranken; nie findet sich Sprachverwirrtheit. Es gibt Paranoiker, die sich nur schriftlich über ihre Wahnideen auslassen, demgemäß bei jedem ärztlichen Besuche ein Schriftstück überreichen; es ist nicht festzustellen, ob es sich immer nur um eine Marotte der Kranken handelt, oder ob nicht auch, wie es wahrscheinlich ist, der Wunsch, dem Nächsten die Vorstellungen und Wahrnehmungen klarer und lückenloser zu erklären, mündlichen Erörterungen über peinliche, ihren ethischen Begriffen widerstrebende Dinge aus dem Wege zu gehen, mitspielt.

Wie das Handeln zeigt auch der formale Ablauf der Denkvorgänge keine wesentlichen Abweichungen von der Norm. Bei dauernder völliger zeitlicher und örtlicher Orientierung bis in die letzten Stadien der Krankheit hinein, bei ungestörtem Gedächtnisse und ungeschwächter Merkfähigkeit zeigt die Urteilskraft eine zunehmende Einbuße entsprechend den vorherrschenden Wahnideen, während sie auf außerhalb derselben liegenden Gebieten keine Störungen zeigt.

Auf die Ansichten mancher Autoren, die die Entwicklung eines Schwachsinns bei der Paranoia annehmen, wird gelegentlich der Besprechung des Krankheitsausganges noch zurückzukommen sein.

Besondere Störungen des Willens, soweit solche nicht der Ausfluß der überwertigen Wahnvorstellungen sind, bestehen bei der Paranoia nicht. Schon aus der Besprechung der Handlungen des Paranoikers geht hervor, daß die Willensstrebungen formal von denen des geistesgesunden Menschen im Grunde nicht abweichen, wenn sie auch ein verzerrtes Bild der normalen darstellen. Was die allgemeine Willensfreiheit betrifft, so erscheint dieselbe nach den Äußerungen der Kranken in einer Reihe von Fällen eingeschränkt, insofern sie aus der Unfähigkeit, ihrem Selbstbewußtsein entsprechende Leistungen zu vollbringen, schließen, daß ein anderer ihnen die Aktionsfreiheit behindere, oder aber insofern sie den Einfluß, den andere auf ihren Körper und Geist haben, aus den krankhaften Wahrnehmungen abstrahieren, die gerade in den Fällen mit „Beeinflussungswahn" die Kranken heimzusuchen pflegen; das Symptom ist deshalb auch bei der halluzinatorischen Form der Paranoia häufiger als bei der hier besprochenen. Nie handelt es sich bei dem Kranken um die Überzeugung, daß er „der unfreie Spielball unmittelbarer Einwirkungen durch andere (Kraepelin)" sei, sondern durch logische Überlegung, durch Abwägen der ihn treffenden Verfolgungen, der ihn belästigenden (Trug-) Wahrnehmungen, durch das Forschen nach den Gründen der Unfähigkeit, seine Pläne zu verwirklichen, kommt er zu dem Schlusse, daß ihm feindliche Gewalten sein Wollen und Handeln lähmen, daß ein Zwang auf ihn ausgeübt wird, gegen den er als seiner unwürdig mit allen Mitteln sich wehrt, dem er auf alle Weise zu entgehen sucht. Nie bildet der Beeinflussungswahn den Hauptbestandteil des Systems, sondern er ist stets nur eine vorübergehend geäußerte Vorstellung, die meist nur undeutlich auftaucht, oft nur als ein Ausdrucksmittel für das peinigende Gefühl innerer Ratlosigkeit dient, ohne daß der Kranke an eine wirkliche geheimnisvolle Macht, die andere Menschen über ihn auszuüben vermöchten, glaubt.

Der Verlauf der Paranoia combinatoria ist ein ausgesprochen chronischer. Fälle, in denen die Erkrankung 20 oder 30 Jahre besteht, sind keine Seltenheiten[1]). Bei einem Teile der Paranoiafälle mehren sich die krankhaften Vorstellungen in langsamer, doch stetiger Progression, nimmt die einseitige psychische Umwandlung des Individuums unaufhaltsam seinen Fortgang, ohne daß stärkere Schwankungen im Denken und Fühlen sich einstellen. In der Mehrzahl der Fälle jedoch wird die Ruhe der Krankheitsentwicklung gestört durch interkurrent eintretende Zustände von mehr minder langer Dauer, in denen eine plötzlich oder langsamer eintretende Verstärkung der Beschwerden die Eintönigkeit des Krankheitsverlaufes unterbricht. Anlaß zu derartigen akuteren Krankheitsvorgängen, die ein mehr schubweises Fortschreiten des Prozesses verursachen, geben meist äußere Anlässe, die die Affekterregbarkeit steigern, wie gemütliche Erregungen infolge widriger Ereignisse, ungeeignete Behandlung durch Angehörige, Pfleger oder Mitkranke, die zu Zusammenstößen mit der Umgebung

[1]) Unter 43 Fällen von Paranoia verschiedener Formen fand sich eine Krankheitsdauer von

über 5	10	15	20	25	30	35	40	Jahren
in 8	10	8	3	3	5	1	2	Fällen.

führen, getäuschte Hoffnungen, versagte Wünsche, kurz alles, was geeignet ist, das mühsam erhaltene gemütliche Gleichgewicht des Kranken zu stören. Die Art, wie der Paranoiker auf derartige gemütliche Eindrücke reagiert, braucht sich nur wenig über das Maß der beim Geistesgesunden natürlichen Reaktion zu erheben, kann aber auch eine zu der auslösenden Ursache in keinem Verhältnisse stehende sein. In den gemäßigten Erregungszuständen kommt es zu stärkerer Betonung der Wahnideen, zur Produktion neuer ausschmückender Vorstellungen, zur Ausdehnung des Kreises der Verfolger, zum Ausspinnen der megalomanen Hoffnungen. Äußerlich entspricht dem eine mehr minder starke motorische Unruhe, Vielgeschäftigkeit und Geschwätzigkeit. Die sonst zurückhaltenden Kranken schließen sich an andere, oft nicht die besten Elemente an, laufen rastlos umher, erzählen jedermann von ihren Verfolgungen, ihren hohen Positionen, ihrem Reichtum, ihren Fähigkeiten, vertrauen ihnen ihre Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen an, die sie sonst ängstlich hüteten; sie schreiben gegen ihre Gewohnheit viel, alles in eigentümlich überschwenglicher Weise. Je nach der Art ihres Wahnes kommt es zu einer Verstärkung der Affekte, ohne daß unter der ganzen Veränderung der innere Zusammenhang der Persönlichkeit wesentlich leidet. Während derartiger Zustände kommt es besonders häufig auch im Verlaufe rein kombinatorischer Paranoiafälle zu vereinzelten Sinnestäuschungen, vor allem solchen des Gehörs, seltener des Gesichtssinnes. Nach Stunden, meist nach wenigen Tagen, seltener nach einigen Wochen klingt der Erregungszustand ab, um dem vorherigen Zustande wieder Platz zu machen, der aber meist um einige ausschmückende neue Wahnideen oder um Variationen der schon bestehenden bereichert wird.

Die Zustände stärkerer Erregung, wie sie sich gelegentlich bei Fällen von Paranoia combinatoria finden, entwickeln sich in der Regel ziemlich schnell, nachdem einige Tage oder Wochen eine leichtere seelische Verstimmung der eben beschriebenen Art vorausgegangen ist. Die Kranken werden unruhiger, der Schlaf wird schlechter, zahlreichere Sinnestäuschungen treten auf, um das ursprüngliche Wahnsystem schießen in üppiger Blüte weitere Ideen maßloserer Art auf, besonders komplementäre Größenideen treten stärker hervor, werden gegebenenfalls in einem derartigen Zustande auch erst gebildet; unter Verstärkung der Lebhaftigkeit der entsprechenden Affekte kommt es zu häufigen Zusammenstößen mit der Umgebung, lebhaftem Querulieren, Schimpfereien, Durchstechereien, Ausbruchsversuchen. Nach Tagen, häufiger nach einer oder mehreren Wochen klingt der Zustand langsam ab, der Schlaf bessert sich, das etwas zurückgegangene Körpergewicht wird wieder normal, die Sinnestäuschungen nehmen an Lebhaftigkeit und Zahl ab, um endlich ganz aufzuhören, die akzessorischen Wahnvorstellungen verblassen, soweit sie nicht dem Grundwahne sehr eng verwandt waren und ihm angegliedert werden. Der Kranke nimmt seine gewohnte Beschäftigung, zu der er während des Erregungszustandes nicht zu bringen war, wieder auf und geht ohne intellektuelle Einbuße, doch mit etwas ausgebautem Wahnsystem wieder in das ruhige Fahrwasser paranoischer Weltveränderung ein.

In einem kleinen Teile soll es auch bei Paranoikern zu Zuständen kommen können, in denen unter massenhaftem Einstürmen von Sinnestäuschungen und entsprechend lebhafter Bildung oft nur wenig oder gar nicht zusammenhängender,

maßloser wahnhafter Vorstellungen eine mäßige Verworrenheit eintritt. Derartige hochgradige Erregungszustände müssen immer zu einer strengen Revision der Diagnose veranlassen, sie sind an sich so wenig mit dem sonstigen Krankheitsbild der Paranoia im beschriebenen Sinne vereinbar, daß in den Fällen, in denen sie nicht nur episodenhaft ein oder wenige Male auftreten, ohne daß durch sie der bestehende Grundwahn an Bedeutung einbüßt, die Annahme einer sehr schleichend verlaufenden paranoiden Erkrankung sichergestellt ist. Besonders sind derartige schwerere Erregungszustände als Einleitung der eigentlichen paranoischen Erkrankung beobachtet worden in Fällen, in denen das auslösende affektive Erlebnis sehr stark und im Verhältnisse zur Stärke der paranoischen Veranlagung von überlegener Bedeutung zu sein schien. Aus der plötzlichen Einwirkung überwältigender psychischer Verstimmungen auf ein paranoisch veranlagtes Individuum wäre ein derartiger Verworrenheitszustand allenfalls noch verständlich. Eine andere Frage ist, ob derselbe dann noch zur Paranoia an sich zu rechnen ist, oder ob man nicht vielmehr annehmen soll, daß es sich um einen Amentiafall bei einem Menschen handelt, der sich gerade auf dem Wege zur Paranoia befand, die nach dem Abklingen der akuten Geistesstörung ausgebildet hervortritt. Jedenfalls ist Fällen mit derartigem akutestem Beginne, noch mehr aber solchen mit interkurrenten Verworrenheitszuständen gegenüber stets größte Skepsis betreffs ihrer Zugehörigkeit zur Paranoia am Platze.

Die Häufigkeit des Eintrittes derartiger interkurrenter Erregungszustände im Verlaufe der Paranoia combinatoria ist außerordentlich verschieden. Von Individuen, die ein Menschenalter hindurch ihr Wahnsystem langsam und stetig ohne merkliche Schwankungen entwickeln, gibt es alle Übergänge zu solchen, die mehrmals jährlich Zustände der beschriebenen Art durchmachen. Ja, es gibt sicher Fälle, in denen eine gewisse Periodizität im Auftreten akuterer Krankheitserscheinungen zu herrschen scheint; vor allem pflegt sich bei manchen weiblichen Kranken zur Zeit der Menstruation eine leichte Steigerung der Erscheinungen regelmäßig nachweisen zu lassen. Die Erregbarkeitssteigerung, die auch das geistesgesunde Weib in diesen Zeiten befällt, führt eben beim paranoischen Weibe zu einer vorübergehenden Steigerung der krankhaften Symptome. Aus derartigen Fällen mit ihrem scheinbar periodischen An- und Abschwellen schließen zu wollen, daß die Paranoia mit dem manisch-depressiven Irresein eins wäre, ist nicht berechtigt.

Die Paranoia hallucinatoria.

Die halluzinatorische Form der Paranoia ist charakterisiert durch das dauernde Auftreten zahlreicher sinnlich lebhafter Trugwahrnehmungen, die in engster Verknüpfung mit den Wahnideen, von absolutem Realitätswert für den Patienten, das Krankheitsbild beherrschen, von ausschlaggebender Bedeutung für die Ausgestaltung des Wahnes und die ihn begleitenden Affekte sind, in einzelnen Fällen auch für die Wahnentstehung verantwortlich gemacht werden müssen. Daneben finden sich stets noch Züge, die auf eine kombinatorische Weiterentwicklung, oft auch Entstehung des Wahnsystemes deuten, damit auf die nahe Verwandtschaft der halluzinatorischen mit der rein kombinatorischen Form der Paranoia hinweisen, die durch die zahlreichen Übergangsfälle, in denen

eine Zuweisung zu einer der genannten Untergruppen schwierig oder unmöglich ist, gesichert wird.

Die halluzinatorische Paranoia beginnt fast ausnahmslos im späteren Alter. Vor dem 40. Lebensjahre ist die Erkrankung überaus selten, seltener als die Paranoia combinatoria; der Lebensabschnitt während und nach der Involution stellt den größten Prozentsatz (etwa 75%) an Erkrankungen. Von den Geschlechtern ist, wie bereits oben ausgeführt, das weibliche erheblich stärker beteiligt (3 weibliche auf 1 männlichen Kranken). In der paranoischen Veranlagung weichen die an halluzinatorischer Paranoia Leidenden nicht von den Konstitutionen ab, wie sie allgemein als der Paranoia zugrunde liegend gefunden wurden, nur scheinen die Kranken auch in der vorpsychotischen Lebensperiode sehr lebhaft erregbar zu sein und eine üppige Phantasie zu besitzen.

Was die Art des Beginnes anlangt, so läßt sich in einem recht erheblichen Prozentsatze der Fälle von Paranoia hallucinatoria eine akute oder subakute Entstehung des Wahnes und damit der eigentlichen Erkrankung nachweisen. Während bei der kombinatorischen Verrücktheit der Übergang aus der konstitutionell paranoischen Geistesverfassung zur ausgebildeten Krankheit meist langsam sich vollzieht, eine schleichende Wahngenese gewöhnlich, der Zeitpunkt des Beginnes der Erkrankung demgemäß häufig nur schwer oder gar nicht festzustellen ist, läßt sich der Riß, den der Ausbruch der Paranoia hallucinatoria im psychischen Leben des Individuums schafft, meist deutlich nachweisen, vor allem in den Fällen, in denen den Sinnestäuschungen nicht nur die Weiterentwicklung des Wahnsystems und die Unterhaltung seiner lebhaften Affektbetonung zugeschrieben werden muß, sondern in denen der Anstoß zur Erhebung der Wahnideen in das Bewußtseinsfeld auf Sinnestäuschungen zurückgeht. Es sind das Fälle, in denen im Anschlusse an eine Gemütserschütterung, an ein stark affektbetontes Erlebnis mit einem Schlage oder doch in wenigen Tagen oder Wochen unter massenhaften, lebhaften Trugwahrnehmungen ein weitverzweigtes, festgelegtes, unerschütterliches Wahnsystem bei einem Individuum erwächst, das früher wohl schon die Zeichen seiner paranoischen Veranlagung aufwies, bei dem aber Züge wirklicher Wahnbildung nicht nachweisbar waren. Derartige Fälle sind auch in der Paranoia hallucinatoria nicht übermäßig häufig, auch ist bei der oft vorhandenen Mangelhaftigkeit der Anamnese die Entscheidung darüber, ob vor Auftreten der Sinnestäuschungen das Vorstellungsvermögen sicher keine pathologischen Erscheinungen außer etwa der Tendenz zu Beziehungsideen darbot, oft ebensowenig möglich wie die Entscheidung darüber, ob nicht der Paranoiker seine Wahnideen bereits jahrelang dissimuliert hat und erst das Einstürmen massenhafter Trugwahrnehmungen seine Selbstbeherrschung soweit herabsetzte, daß er seine wahnhaften Vorstellungen preisgab, so daß der Satz von 33%, den eigene Erfahrungen für den Beginn der Paranoia hallucinatoria mit Sinnestäuschungen ergeben, nicht als feststehend anzusehen ist[1]). Als sicher ist aber zu betrachten, daß die halluzinatorische Verrücktheit auf äußere psychogene Anreize hin unter massenhaftem Auftauchen von Sinnes-

[1]) Von Bergers 18 Fällen schienen in 5 Sinnestäuschungen und Wahnideen annähernd gleichzeitig aufgetreten zu sein, in 2 Fällen bestanden die Sinnestäuschungen schon vor dem Auftauchen von Wahnideen, in 11 Fällen gesellten sich die Sinnestäuschungen zu dem schon bestehenden Wahnsystem hinzu.

täuschungen und in kurzer Zeit erfolgender Bildung eines ausgedehnten Wahnsystems entstehen kann, worauf die Weiterentwicklung in langsamem Fortschritt oder öfter schubweise teils unter der Einwirkung von Trugwahrnehmungen, teils rein kombinatorisch erfolgt.

In einer anderen Gruppe von halluzinatorischen Paranoiafällen pflegt die erste Wahnentstehung nicht von dem bei der Paranoia combinatoria beschriebenen Modus abzuweichen. Allmählich treten jedoch Sinnestäuschungen auf, immer häufiger und sinnlich lebhafter stürmen die Trugwahrnehmungen auf den Kranken ein, bis schließlich die letzteren das Krankheitsbild beherrschen, auch den Patienten selbst seine krankhaften Wahrnehmungen weit mehr belästigen als seine wahnhaften Vorstellungen; in diesen Fällen führen die Sinnestäuschungen dem Kranken seine Hoffnungen und Befürchtungen „gleichsam dramatisch" vor. Die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes kann entweder unter einer dauernden Fülle von Trugwahrnehmungen ihren Fortgang nehmen, oder es tritt auch hier nach kürzerer oder längerer Zeit eine mehr kombinatorische Weiterentwicklung des Leidens ein, die von Trugwahrnehmungen dauernd begleitet, modifiziert oder bestätigt wird. Da die Priorität in der Entstehung der einzelnen Symptome naturgemäß bei einem schleichend und langsam verlaufenden Leiden wie der Paranoia oft nicht zu entscheiden ist, so imponiert eine Anzahl von Fällen als eine innige Verbindung von zugleich entstandenen und im gleichen Schritte vermehrten und lebhafter gewordenen Wahnideen und Sinnestäuschungen. Auch in diesen Fällen wird die weitere Entwicklung des Wahnes, seine Ausschmückung und Fixierung von Trugwahrnehmungen unterhalten beziehungsweise begleitet.

Die Sinnestäuschungen gehören den verschiedensten Arten an; nicht immer ist sicher zu entscheiden, welche derselben vorliegt. Die Mehrzahl der Trugwahrnehmungen gehört in die Klasse der Illusionen im weitesten Sinne, die auch Kleist in allen seinen Fällen fand und die er treffend als Zwischenglied zwischen Mißdeutungen und Halluzinationen betrachtet. Es handelt sich um illusionäre Wahrnehmungen bzw. nachträgliche illusionäre Verfälschung an sich richtig wahrgenommener und entsprechend aufgefaßter Dinge. Im vorigen Abschnitte ist bereits an entsprechender Stelle auf die großen Schwierigkeiten hingewiesen worden, derartige Illusionen von Erinnerungsfälschungen an sich zu scheiden. Sicherlich werden in einer Reihe von Fällen anscheinende Sinnestäuschungen, vor allem solche, deren Eintritt schon weiter zurückliegt, vorgetäuscht durch die mangelhafte Reproduktionstreue bzw. durch nachträgliche wahnhafte Auslegung wirklicher Wahrnehmungen. Zwischen diesen Vorgängen bestehen auch keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich ihrer psychologischen Entstehung. In beiden Fällen findet eine Umwertung tatsächlicher Sinnesempfindungen im Geiste des herrschenden Wahnes statt; nur daß diese Umwertung und damit die Umbildung der Empfindung bei den eigentlichen Illusionen im Augenblicke der sinnlichen Wahrnehmung selbst erfolgt, während sie bei den illusionären Erinnerungsverfälschungen erst später, oft nach langer Zeit stattfindet. In gleicher Weise sind auch die wirklichen Halluzinationen zu bewerten, die wesentlich seltener (etwa in der Hälfte der Fälle) bei der Paranoia hallucinatoria auftreten, bei denen die wahnhaften Vorstellungen so starke sinnliche Eindruckskraft auf den Kranken selbst haben, daß sie die entsprechenden Sinnesempfindungen auslösen können, die eine bildliche Wiedergabe der herrschenden Denk-

richtung mit allen ihren Strebungen darstellen. Hierher gehören auch diejenigen Fälle, in denen ein Lautwerden der eigenen Gedanken eintritt, eine Erscheinung, die besonders klar die Entstehung derartiger Wahrnehmungsfälschungen aus dem eigenen Denken beweist. Die Sinnestäuschungen sind eben der Inbegriff der das Individuum beherrschenden Vorstellungen, ihrerseits aber, wie Jelgersma ausführt, in hohem Grade dazu geeignet, den pathologischen Geisteszustand dadurch zu verstärken, daß der Kranke seine Halluzinationen als Bestätigung der Richtigkeit seines psychischen Zustandes hinnimmt.

Ebensowenig zweifelhaft wie die Entstehung von Sinnestäuschungen aus Wahnvorstellungen ist deshalb die Auslösung der letzteren durch Trugwahrnehmungen. Daß infolge dauernder Belästigungen durch beschimpfende Gehörstäuschungen, unangenehme szenenhafte Gesichtshalluzinationen, haptische Mißempfindungen, Geschmacks- und Geruchsstörungen Vorstellungen der Beeinträchtigung im Kranken aufkommen müssen, ist durchaus erklärlich; die Verfolgungsideen pflegen deshalb häufiger ihren Ursprung in Trugwahrnehmungen zu haben als die Größenideen. Aber auch den letzteren können Sinnestäuschungen zugrunde liegen, vor allem des Gesichts- und Gehörssinnes, wenngleich diese Art der Entstehung des Größenwahnes aus Störungen der Sinnesempfindungen heraus erheblich seltener ist und eher die wahnhaften Größenvorstellungen ihrerseits zu entsprechenden Halluzinationen führen. Die Wichtigkeit der Sinnestäuschungen für die Entstehung von Wahnideen erhellt sich besonders aus andersartigen Krankheitszuständen, die viele Berührungspunkte mit der Paranoia hallucinatoria haben, in vielen Fällen ihr angehören, den Psychosen bei Schwerhörigen, bei denen aus einfachen Ohrgeräuschen allmählich unangenehme Gehörsillusionen werden und sich im Zusammenhange mit diesen Verfolgungsideen ausbilden können, wenngleich auch hier sicher rein kombinatorische Momente mitspielen.

Die Trugwahrnehmungen können sich auf alle Sinne erstrecken, pflegen aber bestimmte Gebiete zu bevorzugen. Nach eigenen Erfahrungen, die durch Berger bestätigt wurden, betreffen sie in allen Fällen den Gehörssinn, in der Mehrzahl der Fälle übertreffen die Gehörstäuschungen an Häufigkeit und Lebhaftigkeit die aller anderen Sinne. Aus allgemeinen Geräuschen, wie Sausen und Klingen in den Ohren, Pfeifen, Glockenläuten, Mißtönen entwickelt sich allmählich ein Flüstern, das der Kranke aber noch nicht versteht, dann werden abfällige Redensarten, Scheltreden, Drohungen, unflätige Beschimpfungen daraus. Die Leute auf der Straße, die Nachbarn, Kollegen, Mitkranke rufen dem Kranken Verwünschungen zu, enthüllen öffentlich seine Geheimnisse; aus der Zimmerecke werden Mitteilungen aus seinen Familienpapieren gemacht, seine geschäftlichen Beziehungen verraten. Man nennt ihn verrückt, impotent, Onanist, Ehebrecher, Mörder. Vom Boden herab, aus dem Keller, im Nebenzimmer hört er die Stimmen seiner Gegner, die sich über ihn unterhalten, auf ihn schelten, über neue Peinigungen beraten, die Stimmen seiner Angehörigen, die in der Anstalt gefangen gehalten werden. Er hört Kinder unter dem Hause wimmern, die in die „Blutloge" verschleppten Angehörigen klagen, seine Feinde hohnlachen. Er erkennt seine einzelnen Verfolger an der Stimme, den einen an seinem Tenor, den anderen an seinem Baß. Er hört die leibliche Schwester vor sich hinmurmeln, daß sie ihn vergiften, „unter die Decke bringen" wolle;

aus dem Schlafzimmer des Bruders hört er, daß derselbe ihn umzubringen gedenkt. Das Pflegepersonal höhnt, daß die Wirtschafterin des Kranken von ihm schwanger sei, überall sprechen die Leute über ihn Schlechtes; häßliche Worte werden ihm von Mitkranken zugerufen. Die Kinder höhnen hinter der Kranken her, daß sie auf offener Straße einen Mann geküßt habe, die Verwandten wünschen ihr, daß ihr die Glieder abfaulen möchten. Ein eigentümliches Klopfen belästigt sie des Nachts, von einem „Mordinstrument" herrührend, sie hört das Arbeiten der Elektrisiermaschine, mittels derer sie gequält wird; Unterschlagungen werden ihr vorgehalten, es wird ihr mitgeteilt, daß ein Gerichtsverfahren gegen sie schwebe, man munkelt, daß sie ihre Eltern unter die Erde gebracht, ihre Kinder vergiftet habe. Unsittliche, schmutzige Geschichten werden dem Kranken durch unsichtbare Telephone zugetragen, Schweinereien über seine Frau werden ihm zugerufen, die Hilferufe seiner gemarterten und entehrten Angehörigen dringen aus dem Garten zu ihm herauf.

Durch ein unsichtbares Sprachrohr werden den Kranken große Schenkungen, wird ihnen die Ankunft von Geld und Paketen gemeldet; bei der Arbeit sagt man ihnen: Sie brauchen überhaupt nicht mehr zu arbeiten, Sie sind in den höheren Adelsstand erhoben. Der Minister, der Papst, der Kaiser spricht mit ihnen „durch Flug", sie können sich mit den Angehörigen, dem Richter, dem Staatsminister durch drahtlose Telephone unterhalten. Ihr feines Gehör schützt sie vor ihren Verfolgern und macht ihnen deren Pläne offenbar, schafft ihnen über Personen, die sie am neuen Orte verfolgen, sofort Aufklärung. Sie hören, wie der Landesfürst sich nach ihnen im Vorüberfahren erkundigt, sie als Kinder anerkennt, ihnen Millionen schenkt, ihnen Orden und Ehrenstellen verleiht. Sie hören die Stimme Gottes, des Herrn Jesus Christus, der Jungfrau Maria, der Heiligen, erhalten Befehle, zu beten, zu fasten, eine Gemeinde um sich zu sammeln, Buße zu predigen, die Menschheit zur Seligkeit zu führen. Feine kleine Stimmen, wie Mädchenstimmen, sprechen zum Kranken, wenn er mit Gott „denkt"; spricht jemand zu ihm, so hört er Beistimmen aus der Luft, „das sind die Gedanken, die andere oben gedacht haben und die sich in der Luft bilden." Er hört den Schall der himmlischen Posaunen, das Jammern der in der Hölle Schmachtenden, der Engel Gesang, der Sonne Tönen, die Sphärenmusik.

Erheblich seltener schon sind im Krankheitsbilde der Paranoia hallucinatoria die Gesichtstäuschungen, unter denen wieder die Personenverkennungen einen großen Raum einnehmen. Die Kranken sehen ihre längst verstorbenen Eltern und Geschwister am Fenster vorübergehen, auf dem Hofe, im Garten stehen, sie verfälschen ihre ganze Umgebung illusionär, sehen in Mitkranken ihre Verwandten, im Arzte den längst verstorbenen Bräutigam, in den Abbildungen illustrierter Zeitschriften erkennen sie ihre Angehörigen oder Bekannten wieder. Während eines Spazierganges sieht der Kranke drei Personen von denen, die ihn belästigen, auf einer Bank sitzen; bei dem Scheinbegräbnis des Ehemannes sieht die Eifersuchtswahnsinnige den angeblich Toten mit ihren Söhnen im Gefolge eines anderen Leichenzuges. „Unanständige Bilder, die sich bewegen", werden der Kranken vorgezeigt, Bilder nackter männlicher Körper, steifer Geschlechtsteile belästigen sie; nackte Frauengestalten, die sich ihm verführerisch nahen, die neben ihm im Bette liegen, suchen den männlichen Kranken geschlechtlich zu reizen. Gestohlene Sachen werden ihm im Bilde vorgeführt, er sieht die

Mitkranke morgens in schwarzem, mittags in rotem, abends in grauem Haare. Die Menschen auf der Straße erscheinen dem Paranoiker plötzlich in scheußlichen Veränderungen, haben lange, unförmliche Nasen, das Blut fließt ihnen in Strömen aus Mund und Nase, andere erscheinen ihm kahlköpfig, so daß er gar nicht mehr hinschauen mag; alle möglichen Tiere, Schlangen, Kröten, Schweine sieht der Kranke in seinem Zimmer, auf den Speisen sieht er ein gelbes Gift.

Wesentliche Bedeutung haben die Gesichtstäuschungen im Bilde des religiösen Größenwahnes, wo sie besonders als die Krönung ekstatischer Zustände auftreten. Der Teufel kommt leibhaftig zum Kranken, um ihn zu versuchen, in der Stubenecke hockt er mit großen Hörnern; um die eben angezündete Lampe fliegen kleine glühende Männer. Ein Engel erscheint ihm im weißen Gewande; er sieht Gott im langen gelben Barte, die Jungfrau Maria im Fenster stehend. Die Heiligenbilder lächeln ihn an, neigen ihr Haupt, strecken die Hand aus, um ihn zu segnen; der Heilige Geist kommt in Gestalt einer weißen Taube zu ihm herab. Sonne und Sterne kommen auf sein Geheiß zu ihm, bleiben fünfzig Schritte vor ihm stehen, um sich dann wieder zurückzuziehen.

Seltener sind szenenhafte Gesichtstäuschungen, in denen die halluzinierten Personen zugleich sprechen. Als „Phothophonieren" bezeichnete ein derartiger Kranker seine Trugwahrnehmungen, in denen ihm nihilistische Verbrechen, die gegen hohe Persönlichkeiten geplant waren, ekel- und schreckenerregende Ereignisse, besonders aber viele geschlechtliche Vorkommnisse in Wort und Bild „vorgeführt" wurden. Sie trugen sämtlich szenenhaften Charakter und wurden mit den nötigen Erklärungen versehen; zu Hunderten schrieb er derartige Sinnestäuschungen nieder.

Häufig an Zahl, lebhaft gefühlsbetont, demgemäß von stärkstem Einfluß auf die Wahnbildung und vor allem auf die Handlungen des Individuums sind die haptischen Täuschungen. Körperliche Leiden, besonders, wenn sie als ungerechtfertigte Eingriffe in das eigene Wohlbefinden empfunden werden, pflegen den Menschen auf das höchste zu erregen, dementsprechend ist die gefühlsmäßige Betonung haptischer Trugwahrnehmungen eine außerordentlich intensive. Die Kranken suchen für ihre Schmerzen und Mißempfindungen, die zum Teil tatsächliche Unterlagen haben, Erklärungen und verfallen gerade bei dieser Art von Trugwahrnehmungen auf die Heranziehung der ihnen nur halb verständlichen Einflüsse geheimnisvoller Kräfte. Sie fühlen sich mit elektrischen Maschinen bearbeitet und empfinden quälende Sensationen dabei. Sie fühlen, daß man ihnen mittels elektrischer Ströme im Magen, Kopf, Rücken, in den Gliedern Schmerzen macht; sie können die Stelle der Elektrisationen genau angeben. Der Strom fließt durch ihren Körper, der Boden schwankt unter ihren Füßen, das Bett wird durch elektrische Ströme in Vibration versetzt, elektrisch wird ihnen ein Hitzegefühl erzeugt. Überall empfinden sie die heftigsten Schmerzen, sie fühlen sich am ganzen Körper gezwickt, ein Zucken und Reißen von elektrischen Einwirkungen geht durch ihre Glieder, Angst und Spannung auf der Brust treten darnach auf. Geheimnisvolles Herzklopfen befällt sie, ein eigentümliches, mit Angstgefühl verbundenes Zittern des ganzen Körpers tritt ein. In gleicher Weise werden magnetische Einflüsse gespürt, so daß die Kranken blaue Flecke davon bekommen. Durch unterirdische Maschinen werden ihnen Schmerzen bereitet, wird ihnen Kopfschmerz gemacht. Die Nachbarn suchen den Kranken mit

„Stich-, Knuff- und Schneidegiften" zu verderben, die ihm Schmerzen in den Gliedern bereiten; er fühlt, wie die „Zieler", die auf ihn gerichtet sind, ihm das Blut aus dem Körper treiben. Durch „Suggestionen" wird ihnen ein Ziehen und Sichblähen im Unterleib, in den Beinen gemacht. Spinnen kriechen ihnen über den Rücken, Juckpulver verspüren sie im Bett, sie fühlen einen „moosgrünen" Belag auf der Zunge. Sexuelle Belästigungen finden durch die Pflegerin, die ihr Hurenpulver eingibt, durch den Arzt, den sie mit anderen Männern im Keller wähnt, statt, der auf ihre Gebärmutter drückt, der bewirkt, daß sie eine Zeitlang ohne zu atmen auf dem Stuhle sitzen muß. Die Kranken fühlen geschlechtliche Angriffe, geschlechtlichen Mißbrauch des Nachts, eine Hand faßt plötzlich unter ihre Bettdecke, an ihre Genitalien.

Geschmacks- und Geruchstäuschungen sind häufig, entsprechend der Häufigkeit, mit der Ideen der Vergiftung in Begleitung des Beeinträchtigungswahnes auftreten. Das Essen schmeckt nach Gift; Arsenik, ungelöschter Kalk, Quecksilber, Strychnin sollen dem Kranken beigebracht werden, was „seine gute Zunge" ihm verrät. Eine schädliche Substanz, die einen Zuckergeschmack hat, ist in die Speisen gemengt. Der Kaffee schmeckt nach Petroleum. „Hurenpulver" schmeckt die Kranke aus den Speisen heraus. Die Butter schmeckt nach Hundefett. Das Essen wird „präpariert", „Katzen- und Hundefleisch" wird ihr angeboten, was sie deutlich herausschmeckt; das Bier hat „Fettgeschmack", der Käse ist „Katzenmilchkäse", die Suppe, der Kaffee schmecken nach dem hineingetanen Schlafpulver. Im Munde tritt ein bitterer, brennender Geschmack infolge der durch den Körper geschickten elektrischen Ströme auf, vergiftete Speisen werden dem Kranken gereicht. Das Essen schmeckt „nach gekochten Rattenfellen". Heftiges Brennen in Kehle und Magen, Anschwellen des Zahnfleisches, Lockerwerden der Zähne nach dem Genuß beweisen ihm, daß er recht hatte, als er Gift im Brote schmeckte; nach dem Genusse der Speisen spürt der Kranke „eine Wirkung auf das Gemüt".

Das Essen stinkt aber auch, Giftdünste steigen von ihm auf. Üble Gerüche, Schweiß, Branntwein, Tabaksqualm, Arsenik, Bleizucker, Chlorkalk, Schwefel, Salmiak, Essig, Giftkräuter, Urin, Menstrualblut, Kot verpesten die Luft. Durch die Wand werden Löcher gebohrt, durch die Kohlensäure hindurchgeblasen wird, selbst im Theater wird der Kranke durch den Geruch der Kohlensäure belästigt. Ein betäubender Dunst ist im Zimmer, so daß die Kranke fortwährend das Taschentuch vor den Mund halten muß. Die Zimmergenossinnen haben „einen unangenehmen Geruch" an sich, von der Kleidung geht ein „eigentümlicher Schwefelgeruch" aus, der ganze Körper dünstet eigenartige Riechstoffe aus, im Zimmer ist ein sonderbarer Dunst. Der durch das Gebet des Kranken überwundene Teufel hinterläßt einen Schwefelgeruch in der Wohnung.

Aus der Skizzierung der Sinnestäuschungen geht bereits hervor, daß dieselben sich nur in sehr seltenen Fällen auf ein Sinnesgebiet beschränken, daß sie meistens auf mehreren oder allen zugleich auftreten, sich miteinander verknüpfen, einander bestätigen oder ergänzen. Der Kranke hört, wie seine szenenhaften Gesichtstäuschungen ihm erklärt werden, er hört, wie die „Zieler", die gegen ihn entsandt wurden, die ihm Schmerzen bereiten, mit dumpfem Getöse herankommen, er hört das Arbeiten der Elektrisiermaschine, des Mordinstrumentes, mit dem er gequält wird. Er sieht das Gift auf den Speisen, das sich ihm auch

durch den Geschmack verrät, er sieht Gott, dessen Stimme ihm Aufträge erteilt, er sieht den Teufel zum Schornstein entweichen und riecht zugleich den Schwefelgeruch, den jener hinterläßt. Er hört, daß er vergiftet werden soll, sieht das Gift im Brote, schmeckt es deutlich heraus, fühlt nach dem Genuß das Brennen im Munde und Magen, das die erste Giftwirkung darstellt. Besonders innig sind Geschmacks- und Geruchstäuschungen verbunden, wie ja beide Sinnesgebiete überhaupt ineinander übergehen. Unter den Trugwahrnehmungen sind jedoch in der Regel solche eines Sinnesgebietes überwiegend. Meist haben die Gehörstäuschungen diese überragende Bedeutung, doch können auch die Gesichtstäuschungen, vor allem aber die krankhaften Gefühlswahrnehmungen die größere Intensität zeigen. Ein Wechsel der Sinnesgebiete, auf denen die Trugwahrnehmungen hervortreten, findet meist nicht statt. Bei dem halluzinierenden Paranoiker, der von Anfang an vorwiegend unter Gehörstäuschungen leidet, pflegen dieselben auch weiterhin lebhaft zu sein, während bei besonderem Hervortreten der haptischen Täuschungen diese das fernere Krankheitsbild beherrschen. Bis zu einem gewissen Grade ist dieses vorwiegend betroffene Sinnesgebiet abhängig von der Art des Wahnes, bzw. richtet sich die spezielle Wahnfabel nach dem vornehmlich von den Trugwahrnehmungen betroffenen Sinnesgebiete. Der Vergiftungswahn wird vor allem mit Geschmacks- und Geruchstäuschungen einhergehen, der Wahn ehelicher Untreue durch Gehörstäuschungen, seltener durch Gesichtshalluzinationen unterhalten werden, während letztere bei dem religiösen Größenwahn mit seinen ekstatischen Zuständen prädominieren.

Dieses Hervortreten der Trugwahrnehmungen auf einem bestimmten Sinnesgebiete durch längere Zeit, oft ein Menschenalter läßt die Rolle, die tatsächlich bestehende Erkrankungen der betroffenen Organe spielen, im rechten Lichte erscheinen. Es ist bereits auf die Häufigkeit der Gehörstäuschungen im Bilde des Verfolgungswahnes der Schwerhörigen hingewiesen worden, die aus den subjektiven Ohrgeräuschen sich langsam entwickeln. Othosklerotische Prozesse, die derartige Geräusche verursachen können und damit Gehörstäuschungen begünstigen, sind bei den an halluzinatorischer Paranoia Leidenden nicht selten. Aber auch auf anderen Sinnesgebieten läßt sich oft eine derartige Entstehung aus tatsächlichen Erkrankungen bzw. tatsächlichen Wahrnehmungen schließen. So ist es sehr wahrscheinlich, daß der Kranke, der um die eben entzündete Lampe kleine glühende Männer schweben sieht, das auch dem Geistesgesunden erscheinende Scotoma scintillans illusionär verfälscht hat, worauf das Auftreten der Erscheinung im Augenblicke des Anzündens des Lichtes mit Sicherheit deutet. Rheumatische Beschwerden, Magen-, Darmstörungen, häufige Herzerkrankungen mit stenokardischen Erscheinungen, Parästhesien in den Genitalien während der Involution, Abstumpfung des Geruchs- und Geschmackssinnes sind ebenso bei derartigen Patienten, die sämtlich in vorgerückterem Lebensalter stehen, häufig und geben die Grundlage für die besonders zahlreichen haptischen Illusionen in ihrer mannigfachen Lokalisation, für Geschmacks- und Geruchstäuschungen ab. Wie schon ausgeführt, handelt es sich bei der Paranoia hallucinatoria weit seltener um wirkliche Halluzinationen, die vor allem beim religiösen Größenwahn Bedeutung haben, als um früher oder später illusionär verfälschte wirkliche Wahrnehmungen.

Weiter geht aus der Beschreibung des Inhaltes der Sinnestäuschungen

hervor, daß die nachträglichen Erklärungen, die die Kranken aus dem bestehenden Wahnsystem heraus ihren (Trug-) Wahrnehmungen geben, von den eigentlichen Sinnestäuschungen oft nicht zu trennen sind als Bestätigung der früher besprochenen Ansicht von den engen Beziehungen, die zwischen Illusionen und Erinnerungsfälschungen bei der Paranoia bestehen. Im späteren Verlaufe ist die Priorität zwischen Wahnvorstellungen und Trugwahrnehmungen, deren Bestimmung bereits im Beginne der Paranoia hallucinatoria oft Schwierigkeiten bereitet, überhaupt nicht mehr zu entscheiden; es ist höchstens aus dem Verhältnisse der sinnlichen Lebhaftigkeit und der Anzahl der Halluzinationen einerseits, dem Hervortreten der Wahnideen andererseits auf die das Krankheitsbild beherrschende Bedeutung der einen oder der anderen Erscheinung zu schließen. Die sinnliche Lebhaftigkeit der Trugwahrnehmungen pflegt die der wahnhaften Vorstellungen zum mindesten zu erreichen, meist um ein erhebliches zu übertreffen. Unsere Empfindungen sind ja als das wesentlich konkretere auch in der geistigen Gesundheit stets stärker gefühlsbetont als die weit abstraktere Vorstellungstätigkeit. Es läßt sich nun zwar denken, daß beim Paranoiker eine Verschiebung derart einträte, daß entsprechend der krankhaften Erregbarkeit des Vorstellungsvermögens die damit verbundenen Gefühlstöne krankhaft erhöht werden und dadurch die die Empfindungen begleitenden überwiegen, wie das für die Paranoia combinatoria sicher der Fall ist und die Berichtigung der krankhaften Vorstellungen durch Sinnesempfindungen verhindert. Aus der ihrerseits krankhaft erhöhten Gefühlsbetonung der Trugwahrnehmungen des halluzinierenden Paranoikers ist andererseits wohl zu schließen, daß das normale Verhältnis in der Gefühlsbetonung der Sinnesempfindungen und Vorstellungen in den meisten dieser Krankheitsfälle nicht wesentlich verschoben ist, daß demgemäß die Affektbetonung der Trugwahrnehmungen bei der Paranoia hallucinatoria überwiegt. Dieser Schluß wird durch den viel lebhafteren Verlauf, den diese Form der Paranoia gegenüber der rein kombinatorischen zeigt, bestätigt.

Die Häufigkeit der Trugwahrnehmungen schwankt von Fall zu Fall in weiten Grenzen. Von Fällen, in denen stets vereinzelte Sinnestäuschungen auftreten, Fälle, die ihrerseits wieder gegen die Paranoia combinatoria fließende Übergänge zeigen, gibt es alle Übergangsstufen zu solchen, die dauernd in ausgedehntestem Maße auf den verschiedensten Sinnesgebieten halluzinieren. Sehr häufig schwankt die Zahl der Trugwahrnehmungen auch im Einzelfalle, abhängig von dem Gemütszustande, in dem die Kranken sich befinden bzw. ihrerseits das psychische Gleichgewicht mehr weniger störend. Massenhaft pflegen die Sinnestäuschungen in den interkurrenten Erregungszuständen zu sein, in denen sie, wie oben ausgeführt, auch im Verlaufe sonst rein kombinatorischer Paranoiafälle gehäuft auftreten können.

Die Sinnestäuschungen besitzen für den Kranken vollkommenen Realitätswert. Sie werden in demselben Grade als wirkliche Sinneswahrnehmungen betrachtet wie normale Sinneseindrücke, wenn sie auch gelegentlich von den letzteren deutlich unterschieden werden; ihnen wird in den meisten Fällen sogar noch eine größere Bedeutung als letzteren beigemessen. Den Kranken können seine Gehörstäuschungen weit mehr fesseln als das wirkliche Gespräch, das er bei Einsetzen der Trugwahrnehmungen plötzlich abbricht, um jenen unabgelenkt

zu lauschen. Entsprechend dieser großen Bedeutung, die der Kranke seinen Sinnestäuschungen beilegt, haben dieselben auf sein Denken, Wollen und Handeln, vor allem aber auf seine Affektrichtung und -Höhe den allergrößten Einfluß. Sie beherrschen sein Denken und demgemäß seine wahnhaften Vorstellungen völlig, soweit sie nicht der Ausfluß jener sind; jedenfalls sind sie auch dann geeignet, ihrerseits den Wahn zu verstärken, zu beleben, zu erweitern, zu festigen. Die Fälle von halluzinatorischer Paranoia sind daher viel reicher an ausschmückenden Wahnideen, die viel üppiger sprießen, viel stärker nuanciert sind, viel größere Lebhaftigkeit zeigen. Damit ist allerdings auch ein etwas häufigerer Wechsel der den Grundwahn umgebenden Ideen verbunden, da eine große Neigung besteht, neue Beziehungsideen aus den Trugwahrnehmungen abzuleiten. Bei der Paranoia hallucinatoria kommt es so auch viel eher zu befremdlichen wahnhaften Vorstellungen, zu Ideen, die keinerlei Verbindung mit dem Grundwahne aufzuweisen scheinen, die der Kranke selbst nicht seiner Wahnfabel einzuordnen weiß, die deshalb in kurzem in Vergessenheit geraten bzw. umgeformt werden. Gerade diese schnell entstehenden, ebenso schnell wieder verschwindenden Wahnvorstellungen sind aus den Sinnestäuschungen zu erklären, die, durch irgendeinen zufälligen äußeren Eindruck angeregt, auftauchen, im Augenblick wahnhaft ausgedeutet, dann aber wieder verdrängt werden, weil das Individuum nichts mit ihnen im Hinblick auf seine bisherige krankhafte Denkrichtung anzufangen weiß. Die Zahl derartiger ausschmückender, lose untereinander und mit dem Grundwahne zusammenhängender Ideen ist in etwa abhängig von der Zahl und Stärke der Trugwahrnehmungen.

Für die Störungen, die Wollen und Handeln des halluzinierenden Paranoikers zeigen, gelten im wesentlichen dieselben Gesichtspunkte, die gelegentlich der Besprechung der Paranoia combinatoria aufgestellt wurden. Des Kranken Haltung, Wesen und Handlungen entsprechen den ihn beherrschenden Wahnideen und Trugwahrnehmungen. Entsprechend der größeren Mannigfaltigkeit beider im Bilde der halluzinatorischen Paranoia kommt es jedoch auch zu einem größeren Wechsel der Strebungen, entsprechend der Eigenart der halluzinatorischen Belästigungen zu wesentlich eigenartigeren Ausdrucksmitteln für die demselben Grunde entspringenden Vorstellungen. Dabei ist der Sinn der Mehrzahl der Handlungen ohne weiteres verständlich; um den elektrischen Einwirkungen zu entgehen, wechseln die Kranken allnächtlich den Standort des Bettes, zum Schutze gegen das Gift verlangen sie ihre besondere Küche, Filtration des Trinkwassers, um die giftigen Dünste zu vermeiden, sperren sie dauernd die Fenster auf, halten sie das Taschentuch vor, anscheinend vergiftete Speisen lassen sie chemisch untersuchen. Ein Teil der Willensäußerungen des halluzinierenden Paranoikers macht einen etwas grotesken Eindruck. Die Maßregeln, die er zum Schutze gegen die Belästigungen anwendet, die eigenartigen Rüstungen, durch die er sich gegen die feindlichen Angriffe zu schützen sucht, die Schutzkappen, mit denen er ekel- und schreckenerregende Visionen abzuhalten sucht, die Apparate, die ihm die dauernden Drohungen und Beschimpfungen fern halten sollen, pflegen oft reichlich komisch zu sein; ihren Zweck zu verstehen, bedarf es des sich Hineinversetzens in die Lage derartiger Kranker, denen ihre Sinnestäuschungen weit mehr als ihre wahnhaften Beeinträchtigungsideen, von den Größenvorstellungen nicht zu reden, die Lebensfreude rauben,

die sie den Selbstmord gelegentlich wenigstens ins Auge fassen lassen. Daß derartige schwer verständliche Handlungen kein Zeichen geistiger Schwäche darstellen, beweist das ganze sonstige Verhalten der Kranken. Stets geordnet, zeitlich und örtlich orientiert, mit ungeschwächtem Gedächtnis haben auch sie, ebenso wie es bei den Fällen kombinatorischer Paranoia beschrieben wurde, nur das eine Bestreben, ihren Gegnern zu schaden, sich aus den Banden ihrer Feinde zu befreien, ihren Gehörs- und Gesichtstäuschungen entsprechend sich vor den angedrohten Verfolgungen zu schützen, durch ihre Geschmacks- und Geruchstäuschungen gewarnt ihre Gesundheit zu erhalten, die in den haptischen Täuschungen liegenden Belästigungen abzuwehren. Jedes Mittel, das zur Erreichung ihres Zweckes dienen kann, ist ihnen recht; auch hier pflegt einer Periode passiven Schutzes eine solche aktiven Angriffes zu folgen. Entsprechend dem lebhaften Unbehagen, das die Erduldung von Schmerzen, die durch fremde Gewalt verursacht sind, mit sich bringt, infolge der Angstgefühle, die die sinnlich lebhaft gehörte Androhung der ärgsten Peinigungen hervorruft, infolge der höchsten Anspannung der Aufmerksamkeit, die die intensive Abwehr der vermeintlichen, ihm durch entsprechende Sinneswahrnehmungen dauernd ins Bewußtsein gerufenen Vergiftungsversuche erfordert, kommt es viel häufiger als bei der kombinatorischen Paranoia zu Angriffsversuchen auf die Gegner von elementarer Gewalt; Schimpfereien, Drohungen, tätliche Beleidigungen, auch Gewalttaten sind vor allem in den Zeiten vorübergehender Erregungszustände an der Tagesordnung. Die Affektivität des halluzinierenden Paranoikers ist stets viel labiler, viel stärker als in Fällen von Paranoia combinatoria, wo der mehr gleichmäßige Verlauf auch eine viel gleichmäßigere Gefühlsbetonung mit sich bringt. Gerade die Fälle von Paranoia hallucinatoria weisen aber auch darauf hin, daß während des ganzen Krankheitsverlaufes die Ansprechbarkeit der Affekte, ihre innige Verbindung mit den Vorstellungen keine Einbuße erfährt. Bis zum letzten Atemzug zeigen die Kranken eine äußerst lebhafte, infolge des beunruhigenden Einflusses der Sinnestäuschungen krankhaft erhöhte, dabei diesen und ihren Vorstellungen adäquate Affektivität, die zu konsequenter Handlungsweise anregt.

Die Art der Wahnvorstellungen des halluzinierenden Paranoikers weicht im wesentlichen nicht von der der kombinatorischen Paranoia ab, wie das bei ihrer Entstehung aus derselben psychopathischen Grundlage durch gleichartige oder doch gleichwertige Mechanismen natürlich ist. Unter den Beeinträchtigungsideen nimmt der physikalisch-chemische Vernichtungswahn die erste Stelle ein, da die Häufigkeit haptischer, Geschmacks- und Geruchstäuschungen gerade dieser Art von wahnhaften Vorstellungen am meisten Vorschub leistet. Daneben finden sich außerordentlich oft hypochondrische Einzelzüge, die aber auch hier nie zu einem ausgesprochenen hypochondrischen Wahnsystem führen, die sich vielmehr dem allgemeinen Schädigungswahn anfügen, ohne je eine beherrschende Stellung einzunehmen. Nach den eigenen Erfahrungen scheint bei der Paranoia hallucinatoria viel häufiger als bei der kombinatorischen Form der Erkrankung der sekundäre Größenwahn auszubleiben. Während sich bei den früher beschriebenen Fällen den primären Beeinträchtigungsvorstellungen auf dem Wege des logischen Schlusses nach kürzerer oder längerer Zeit fast ausnahmslos Größenideen anzuschließen pflegen, sieht man unter den halluzinierenden Paranoikern

nicht allzu selten solche, bei denen nach jahrzehntelangem Bestehen der Erkrankung trotz massenhafter Beeinträchtigungsideen, trotz lebhafter Affektivität, trotz im wesentlichen ungeschwächter Intelligenz Selbstüberschätzungsvorstellungen gar nicht vorhanden sind oder doch nur verschwommen angedeutet, wenig betont sich vorfinden. Diese eigenartige Tatsache ist wohl darauf zurückzuführen, daß die Kranken durch die Menge der Sinnestäuschungen, die ihnen kaum einen Augenblick Ruhe lassen, nicht die genügende Zeit zur Überlegung, zur Ausbildung des Größenwahnes haben; die Verarbeitung der auf sie einstürmenden Trugwahrnehmungen, deren Einfügung in ihren Vorstellungskreis ihnen oft große Schwierigkeiten bereitet, nimmt ihr ganzes Denken in Anspruch. Unter den primären Größenideen überwiegen weitaus die aus dem religiösen Gebiete entnommenen, unterstützt durch häufige Visionen und Gehörstäuschungen.

Häufiger als bei den Fällen kombinatorischer Paranoia findet man bei den halluzinierenden Paranoikern den Wahn der Beeinflussung durch fremde, ihm übelwollende Mächte. Die Unfähigkeit des Kranken, sich selbst durch die verzwicktesten Maßnahmen gegen die tatsächlichen Eingriffe in sein Wohlbefinden, die seine haptischen, Geschmacks- und Geruchstäuschungen ihm vorspiegeln, zu schützen, die Unmöglichkeit, seinen Gedankengängen frei von den ihn störenden Gehörstäuschungen, die ihm häufig seine Pläne durchkreuzen, nachzuhängen, die Unfähigkeit, sich dem Eindruck belästigender, ekelhafter, schreckenerregender, sexuell reizender Gesichtstäuschungen zu entziehen, endlich die gelegentliche Erscheinung des Gedankenlautwerdens muß viel eher als bei dem kombinatorisch sein Wahnsystem entwickelnden Verrückten in ihm den Verdacht aufsteigen lassen, daß er unfrei ist, daß ihm unbekannten Gewalten, fremden Menschen ein Einfluß auf ihn, seinen Körper wie seine psychischen Funktionen möglich ist. Im wesentlichen erstreckt sich dieses Gefühl der Beeinflussung auf die sensitiven Funktionen, wie Banse beigestimmt werden kann, der deshalb die Bezeichnung „Schädigungswahn" zur Abgrenzung gegen die echten Beeinflussungsideen, bei denen ein wirkliches Eingreifen fremder Gewalten in die eigene psychische Persönlichkeit vom Kranken angenommen wird, vorschlägt; aber in manchen Fällen wird doch auch ein tiefer gehender Einfluß von außerhalb ihrer Person befindlichen Mächten von derartigen Kranken angenommen. Diese Beeinflussung wird vom halluzinierenden Paranoiker stets aus seinen Trugwahrnehmungen, die ihm sinnlich lebhaft sind, gegen die er sich nicht zu schützen vermag, logisch geschlossen; nie tritt das Gefühl psychischer Lähmung ein, wie es den paranoid Dementen, den Schizophrenen überhaupt auf die Idee telepathischer Beeinflussung durch transzendentale Mächte bringt. Die Beeinflussung hat bei dem halluzinierenden Paranoiker stets noch ein Bindeglied, die Elektrizität, den Magnetismus, die Hypnose, die Suggestion, das ihm die feindlichen Einflüsse übermittelt, aus dessen Wirkung er die Beeinflussung erst erschließt, während bei dem Beeinflussungswahn des Schizophrenen (auch da nicht immer!) ohne alle Halluzinationen nur aus der Unfähigkeit, sein Wollen und Handeln seinem Denken und Fühlen unterzuordnen, das schädigende Eingreifen fremder Gewalten in das Getriebe der eigenen Psyche erschlossen wird. Der Beeinflussungswahn des halluzinierenden Paranoikers hat deshalb stets ein Subjekt, von dem er hergeleitet wird, Personen,

die der Kranke beschreiben, oft mit Namen nennen kann, während der Schizophrene eine ihm unerklärliche, oft überirdische Gewalt für die Beeinflussungen verantwortlich macht. Das Vorhandensein eines Beeinflussungswahnes an sich kann deshalb nicht als unbedingtes differentialdiagnostisches Moment angesehen werden; sein Vorkommen im Bilde der halluzinatorischen Paranoia erklärt sich aus der Summe unerhörter Belästigungen und Angriffe, die dem Kranken sinnlich lebhaft zum Bewußtsein kommen, ihn nach seiner Meinung unverdient treffen, gegen die er sich durch keine Maßnahme zu schützen vermag.

Der Verlauf der Paranoia hallucinatoria zeichnet sich gegenüber dem der kombinatorischen Form durch viel erheblichere Schwankungen aus. Eine ruhige, langsame, aber stetige Weiterentwicklung des Wahnes, wie sie bei der Paranoia combinatoria noch häufig ist, kommt wohl überhaupt nicht vor, der Verlauf in mehr minder akuten Schüben ist der gewöhnliche. Die Sinnfälligkeit der vermeintlichen Belästigungen wirkt im Verein mit der durch sie mitbedingten lebhafteren Affektivität erregend auf die Kranken, so daß leichter Schwankungen der Intensität der Erscheinungen eintreten, die ihrerseits als Anreiz für die Entstehung neuer vermehrter Trugwahrnehmungen dienen, die Affekterregbarkeit verstärken und so Symptome erzeugen, die nun wieder die Entstehung von Erregungszuständen begünstigen. Die Kranken pflegen auch schon außerhalb derartiger interkurrenter Erregungszustände ein viel lebhafteres Gebahren an den Tag zu legen als die einfachen Paranoiker. Lebhaft sprechen sie von ihren Quälereien, klagen ihre Peiniger an, flehen um Schutz gegen ihre Belästigungen, denen sie trotz aller Mühe, trotz alles aufgewendeten Scharfsinnes nicht zu entgehen vermögen. Entsprechend sind die oben beschriebenen stärkeren Störungen des psychischen Gleichgewichtes bei der Paranoia hallucinatoria ungleich häufiger und ausgeprägter als bei der kombinatorischen Verrücktheit, sie werden auch durch das viel stärkere Hervortreten der Trugwahrnehmungen viel bunter und lebhafter affektbetont, führen zur Entstehung massenhafter ausschmückender Wahnideen, können auch mit Verworrenheit einhergehen, die der Unfähigkeit des Kranken, seinen vielen Trugwahrnehmungen gegenüber sich das Persönlichkeitsbewußtsein zu erhalten, entspringt. Nicht imstande, in dem Chaos auf ihn einstürmender, ihn peinigender und erregender Sinnestäuschungen sich zu orientieren, unfähig, die aus ihnen resultierenden krankhaften Ideen zu ordnen und den Überblick über seine Vorstellungen und seine Willensstrebungen sich zu bewahren, verwirrt sich dem Kranken sein Denken, seine Willensäußerungen und demgemäß seine Handlungen werden zusammenhangsloser und ein mäßiger Grad von Verworrenheit kann die Folge sein, der mit dem Nachlassen der Sinnestäuschungen an Zahl, dem Schwächerwerden der Affektbetonung, der allmählichen Ordnung der Gedankengänge und Vorstellungen schwindet, um das alte Wahnsystem wieder in den Vordergrund treten zu lassen, in dem die wahnhafte Ausbeutung des Verwirrtheitszustandes an sich schon eine Bereicherung darstellt. Derartig hochgradige Erregungszustände sind jedoch auch im Krankheitsbilde der halluzinatorischen Paranoia nicht häufig; dagegen sind solche mittleren Grades, wie sie bei der Besprechung der kombinatorischen Form der Erkrankung skizziert wurden, ein ziemlich häufiges Begleitmoment im Ablaufe der halluzinatorischen Verrücktheit.

Nach langjährigem Bestehen der Erkrankung, oft erst nach Jahrzehnten,

beginnen die Trugwahrnehmungen fast ausnahmslos mehr weniger zurückzutreten oder doch an sinnlicher Lebhaftigkeit und damit an affektiver Stärke zu verlieren. Mit dem allgemeinen Nachlaß der psychischen Funktionen, den das Alter, das bei diesen Kranken verhältnismäßig früh und intensiv einzutreten pflegt, mit sich bringt, läßt die intrazerebrale Erregbarkeit der Sinneszentren nach und unter unverändertem Fortbestehen des Wahnsystems, unter Nachlaß der Zahl und Stärke der Trugwahrnehmungen, demgemäß unter Verringerung der Zahl der ausschmückenden Wahnideen tritt die Erkrankung in ein Stadium, in dem das Erworbene unverrückt festgehalten wird, die Neuproduktion sowohl von krankhaften Sinnesempfindungen wie krankhaften Auswüchsen des Vorstellungsvermögens aber mehr weniger aufgehört hat.

Die Paranoia querulatoria.

Durch das Hervortreten von Ideen der Beeinträchtigung auf rechtlichem Gebiete und den leidenschaftlichen Kampf gegen diese Rechtsirrungen, aus denen bald vermeintliche Rechtsbeugungen werden, unterscheidet sich die querulatorische von den übrigen Unterformen der Paranoia. Es sind freilich auch diesen in einer großen Anzahl von Fällen querulierende Züge beigemischt, sei es, daß sie der durch die Art des Wahnes oder äußere Umstände notwendig gewordenen Internierung in einer Irrenanstalt oder der Einleitung und Durchführung des Entmündigungsverfahrens entsprungen sind, sei es, daß tatsächliche strafrechtliche Verfolgungen, die die aus der Eigenart der Beeinträchtigungs- und Größenvorstellungen resultierenden Handlungen dem paranoischen Individuum zugezogen haben, die Basis für sie schufen. Es ist in diesen Fällen oft unmöglich, sie einer der besprochenen Unterformen zuzuteilen, bzw. kann die Einordnung nur nach dem augenblicklichen Zustandsbilde geschehen, was auch hier wieder die Zusammengehörigkeit der abgeteilten Unterformen der Paranoia beweist. Daß im Bilde der vornehmlich querulatorischen Paranoia andersartige Beeinträchtigungsideen sowie vor allem Selbstüberschätzungsvorstellungen einen großen Raum einnehmen, bestätigt, wie die unkorrigierbare, verbohrte, eben krankhaften Vorstellungen entspringende Art der querulatorischen Denk- und Handlungsweise die obigen Ausführungen, dient andererseits zur Abgrenzung der Paranoia querulatoria von andersartigen, querulierende Züge aufweisenden psychopathischen Zuständen.

Die vorpsychotische Geistesverfassung, die zur Paranoia querulatoria disponiert, zeigt bereits Züge, die beweisen, daß dem Individuum schon in jungen Jahren unmöglich ist, rechtliche Begriffe ohne egozentrische Gefühlsbetonung zu erfassen, sie auseinander zu halten, vor allem aber der eigenen Persönlichkeit gegenüber in rechtlicher Beziehung die nötige Unparteilichkeit zu bewahren. Ein Teil ist, wie Koeppen beizustimmen ist, von Jugend auf mit verbrecherischen Neigungen behaftet; die ethischen Vorstellungen überhaupt, vor allem diejenigen, die sich auf rechtliche Begriffe erstrecken, sind verkümmert, bereits früh macht sich eine Lust am Skandalieren, am Denunzieren und Hetzen bemerkbar. Überall tritt dabei die hohe Einschätzung hervor, die die Individuen ihren eigenen Fähigkeiten zuteil werden lassen, zugleich mit dem Gefühl absoluter Überlegenheit, aus dem sie die Erlaubnis herleiten, sich über Rechtsansprüche ihrer Gegner, ihrer Mitmenschen einfach hinwegzusetzen, sofern das ihrem Vorteile dient.

Aus den übel beleumundeten Kindern, die schon ihren Mitschülern durch Denunzieren und Intrigieren verhaßt sind, die ihre Kameraden zu tyrannisieren suchen, eigensinnig verlangen, daß sich alles ihnen fügt, werden Menschen, die durch ihr hochmütiges, selbstgefälliges, überlegenes Wesen sich nie Freunde erwerben können, die abstoßend, stets verletzt sich dauernd schlecht behandelt, übergangen wähnen, dabei ihrerseits anderer Rechte nicht achten, oft gerade sich auf die Seite derjenigen Individuen schlagen, denen das anerkannte Recht nicht zur Seite steht, soweit nicht eigene Verfehlungen gegen die rechtlichen Bestimmungen ihrem Drange nach Opposition Nahrung geben. Wenn Wernicke an der Wurzel des Querulantenwahnes die irrige Vorstellung findet, daß es ein absolutes Recht gäbe, das sich im einzelnen Falle unbedingt bewähren müsse, so ist das mit dem Zusatze anzuerkennen, daß als dieses natürliche Recht von dergleichen Individuen stets nur die den eigenen Strebungen entsprechenden Rechtsbegriffe anerkannt werden, die dem meist vorhandenen Mangel an Konsequenz in der Denkrichtung gemäß gelegentlichem Wechsel unterworfen sind. Es handelt sich um starre, wenig schmiegsame Charaktere, deren geringe Einfügungsfähigkeit in die bestehenden Rechts- und Gesellschaftsverhältnisse vielleicht noch durch die Erstarrung, die die psychische Persönlichkeit im Alter erfährt, in vielen Fällen gesteigert wird, um Leute, die durch die Fehlschläge, die ihnen ihre eigenartige, stets mißvergnügte, von sich selbst überzeugte Art im Leben verursacht, die sie eine feste Lebensposition sich zu erhalten unfähig macht, verbittert, zu verbohrtem Festhalten der selbst gebildeten, mit den Gesetzesbestimmungen nicht übereinstimmenden Rechtsbegriffe kommen und diesen entsprechend zu Prozeßkrämern werden, wodurch ihren falschen Auffassungen in rechtlicher Beziehung weiterer Vorschub geleistet wird.

Die Vorgeschichte der in querulierende Paranoia verfallenden Individuen weist also in der Regel bereits in der vorpsychotischen Periode ein streitsüchtiges, rechthaberisches, anmaßendes, dabei leicht verletzliches Wesen auf, das die Vorstellung eines ungewöhnlich entwickelten Gerechtigkeitssinnes widerspiegelt, der ihnen das Hinwegsehen selbst über geringfügige ihnen widerfahrende Ungerechtigkeiten als mit ihrer Natur nicht vereinbar unmöglich macht, ihnen infolgedessen zahlreiche Streitigkeiten und Prozesse einträgt, die sie wiederum zu immer intensiverer Beschäftigung mit den Gesetzesbüchern veranlassen, die Einseitigkeit der Denkweise fördern, sie ihren ganzen Scharfsinn auf die peinliche Ausführung der Gesetzesparagraphen, auf die Aufdeckung der geringsten Verfehlung dagegen, soweit sie anderen Personen zur Last gelegt werden kann, aufwenden lassen, während eigene Verstöße dagegen als unerheblich übergangen, abgestritten oder doch beschönigt werden. Derartige Individuen verwickeln sich nacheinander in eine Unzahl von Prozessen, die zum Teil einer aus dem anderen folgen, die aber, sobald sie bis zur letzten Instanz durchgefochten sind, für gewöhnlich als erledigt aus dem Vorstellungsleben schwinden, um anderen ähnlichen, vielleicht aus den ersteren resultierenden Platz zu machen.

Bei einem kleineren Teile der späteren querulierenden Paranoiker ist außer einem verschrobenen, schrullenhaften, häufig in jeder Beziehung pedantischen Wesen mit mehr minder starker Überschätzung der eigenen Geisteskräfte, der Überlegenheit der eigenen ethischen Gefühle, unter meist starker Betonung der altruistischen Empfindungen kein auf die spätere Form der Erkrankung hinweisen-

des Moment aufzufinden, so daß der erste wirkliche Rechtsstreit den Kranken zum paranoischen Querulanten zu machen scheint. Häufig mag das wohl daran liegen, daß die Streitsucht und Rechthaberei des Individuums dank seiner sozialen Stellung und der Gunst der Umstände vorher keinen Angriffspunkt für ihre querulierende Tendenz findet, der sich unter besonders günstigen Verhältnissen trotz stark ausgeprägter Veranlagung dazu das ganze Leben hindurch nicht zu bieten braucht, so daß es auch nicht zur Auslösung der Erkrankung kommt.

Die querulierenden Paranoiker gehören fast ausschließlich zu den intelligenteren Individuen. Die Beschäftigung mit den Rechts- und Strafbestimmungen erfordert eine Summe von Gedächtnisleistungen, eine gewisse Urteilskraft, vor allem aber eine derartige Konzentrationsfähigkeit und Intensität der Willensleistungen, daß Individuen mit Schwachsinnszuständen sie nicht zu leisten vermögen. Wo eine anscheinend querulatorische Paranoia auf dem Boden eines leichten angeborenen Schwachsinns entsteht, handelt es sich meistens um Fälle, in denen die querulatorischen Züge den Kranken induziert sind, der gleichartig veranlagte, wenn auch vielleicht nicht paranoische Ehegatte oder sonst eine einflußreiche Persönlichkeit den Kranken zum Querulieren aufhetzt, unter Umständen für ihn die Schriftstücke usw. abfaßt, die jener nur unterschreibt.

Aus der zum Querulieren neigenden Geistesverfassung bildet sich die Paranoia querulatoria entsprechend den allgemeinen für die Entstehung der Paranoia aus der paranoischen Konstitution angegebenen Gründen unter dem Einflusse eines äußeren psychogenen Momentes heraus. Dieses Moment wird stets durch einen Konflikt mit einer gesetzlich eingeführten Behörde bezw. durch einen gerichtlich anhängigen Rechtsstreit irgendwelcher Art gebildet. Während es in einem verschwindend kleinen Teile der Fälle der erste wirkliche Prozeß ist, der diese Wirkung hat, ist es in der weitaus überwiegenden Mehrzahl eine beliebige aus der Kette aufeinanderfolgender Rechtsstreitigkeiten, vor allem eine solche, die dadurch eine besonders lebhafte Affektbetonung erhält, daß dem Individuum in ihrem Verlaufe irgendein wirkliches Unrecht nicht nur nach seinen eigenen Rechtsanschauungen, sondern auch nach dem bestehenden Gesetze geschieht, sei es, daß tatsächlich ein Rechtsirrtum vorliegt, sei es, daß in irgendeiner Form ein Verstoß gegen die Strafprozeßordnung statthat, der später auch als solcher anerkannt wird, dem der querulierenden Form der Paranoia zuneigenden Individuum damit zur Quelle immer weiter ausgesponnener Beeinträchtigungsvorstellungen auf rechtlichem Gebiete wird, auch wenn das tatsächliche Unrecht längst ausgeglichen oder aber bedeutungslos geworden ist, und damit unter Irradiation der Beeinträchtigungsideen auf immer weitere Behördenkreise zur Paranoia querulatoria sich auswächst. Dieses erste vermeintliche oder häufiger tatsächliche Versehen der Behörden kann an sich für die rechtliche Beurteilung des Streitfalles bzw. für die Beurteilung der an die Behörden gerichteten Eingabe völlig belanglos sein; die Ablehnung oder Unterlassung der Ladung eines Zeugen, der vielleicht nichts Wesentliches zur Sache auszusagen vermag, verspätete Zustellung einer Anordnung oder Vorladung kann genügen, um die schlummernde Paranoia entstehen zu lassen. In einem Falle war es eine am Rande eines Antrages gemachte Bleistiftnotiz, daß der Antragsteller eine Invalidenrente bezöge, die den Anlaß zu endlosen Beschwerden und zum Ausbruche einer querulatorischen Paranoia gab; ebenso genügt oft eine Bemerkung des Richters,

des Vertreters der Anklage während der Verhandlung, die Erwähnung einer Vorstrafe dazu, ja, die versehentliche Fortlassung des Wortes „Herr" auf einem Schreiben hat den Anlaß zum Ausbruche einer Paranoia querulatoria gegeben. Häufig bedarf es aber nicht einmal eines wirklich erlittenen Unrechtes oder wenigstens der Möglichkeit eines solchen, um paranoische Ideen entsprechender Art aufkommen zu lassen; ein mit gutem Grunde zurückgewiesener Antrag vermag sie ebenso auszulösen wie ein nach den bestehenden Gesetzen verlorener Prozeß. Selbst im Verlaufe eines tatsächlich zu seinen Gunsten ausgegangenen Rechtsstreites gibt ein nach Ansicht des Individuums vorgekommener Verstoß gegen irgendeine rechtliche Bestimmung diesem den Anlaß zu stets wachsenden Beschwerden und damit unter Umständen zur querulatorischen Paranoia.

Auch bei dieser Unterform der Verrücktheit ergibt sich wie bei den übrigen, daß zu noch in den Bereich der Gesundheitsbreite fallenden psychischen Zuständen Übergänge insofern bestehen, als die Veranlagung, auf der die Krankheit sich entwickelt, auf jedem Punkte haltmachen, der Ausbruch des eigentlichen Krankeitsprozesses ausbleiben kann. Die Prozeßkrämer, die „Prozeßhansel", wie sie vor allem unter halbgebildeten Leuten mit engem Gesichtskreise, starkem Überlegenheitsgefühl, herrischem, zornmütigem Wesen, stark erregbarer Affektivität sich finden, die ewigen Nörgler, die mit keiner Verordnung, keinem Gesetze, keiner Autorität zufrieden sind, aus Prinzip opponieren, gehören zum Teil hierher. Oft hält sich diese Neigung zum Querulieren solange in Grenzen, als das Individuum selbst nicht direkt betroffen wird; durch die erste gesetzliche Bestimmung, die es selbst in Mitleidenschaft zieht, kann die Ausbildung wahnhafter Beeinträchtigungsideen ausgelöst werden, doch braucht das nicht zu geschehen. Auch bei der Paranoia querulatoria bedeutet der Ausbruch der Krankheit einen Riß im psychischen Geschehen, der im wesentlichen gekennzeichnet ist durch die Verbohrtheit, mit der die eigenen Ansichten festgehalten werden, die Unfähigkeit, die vorliegenden Rechtsverhältnisse objektiv zu betrachten und den gegnerischen Standpunkt zu beurteilen, die Konzentration des ganzen Denkens auf den einen Vorstellungskreis, der alle anderen, auch vitale Interessen in den Hintergrund drängt, die Unfähigkeit, von dem überwertigen Komplex loszukommen, Kennzeichen, die im Verein mit andersartigen späteren Symptomen zugleich die Sonderung gegen anderen psychischen Zuständen entwachsene Querulanten vorzunehmen gestatten.

Die Art des Wahnes, seine Weiterentwicklung, Ausbreitung, die ihm entspringenden Handlungen, die ihn begleitenden Affekte pflegen sich meist täuschend ähnlich zu sehen, nur, daß die Personen, gegen die er sich richtet, andere sind. Die querulatorischen Vorstellungen haben ebenso wie die sonstigen Beeinträchtigungsideen die Tendenz, sich zuerst aus allgemeinen heraus zu spezialisieren, später aber immer weitere Kreise zu ziehen. Aus der allgemeinen Bekümmernis, daß ihm, obgleich er im Rechte ist, zahlreiche Prozesse verloren gehen, daß er sein Recht nicht finden kann, steigen im Kranken Vermutungen auf, daß das nicht mit rechten Dingen zugehen könne. Bei der Rekapitulation der mit den Rechtsstreitigkeiten verknüpften Einzelheiten findet er oft unter Zuhilfenahme von Erinnerungsfälschungen vieles ihm Rätselhafte. Mit der Zeit wird ihm klar, daß bei der Vernehmung dieses Zeugen, bei den Nachforschungen

über jene Einzelheit ein Rechtsirrtum unterlaufen ist. Er sucht denselben in einem umfangreichen Schreiben an das Gericht aufzuklären, wird aber von dort eines Besseren belehrt oder es wird ihm kurz mitgeteilt, daß die Nachprüfung seiner Angaben deren Unrichtigkeit ergeben habe. Die Ablehnung, die seine bei ihm inzwischen immer tiefer eingewurzelten Ansichten finden, kann ihm nicht genügen, ihn nicht beruhigen. Er verfolgt die Angelegenheit, seine Vorstellungen rechtlicher Beeinträchtigung nehmen immer festere Gestalt an, er beschwert sich über den ihm gewordenen Bescheid bei der höheren Instanz, sucht die Wiederaufnahme des Verfahrens durchzudrücken. Oft kommt es schon in dieser Zeit zu Vorwürfen gegen den Richter, daß er unfähig sei, daß er das Gesetzbuch nicht zu lesen verstände, endlich, daß er voreingenommen, bestochen sei, nur für seine Freunde sorge, daß er das Recht beuge. Seine Schreibereien und Beleidigungen tragen dem Kranken neue Klagen und Bestrafungen ein, mit dem Erfolge, daß er immer neue Zeugen zum Beweise seiner früheren Anschuldigungen beibringt, daneben aber auch gegen das durch die neuen Strafen ihm angetane Unrecht ankämpft. Da er mit seiner Ansicht nicht durchdringt, so beginnt er, die Zeugen zu verdächtigen, die falsch aussagen, die bestochen sind, oder aber er wähnt, daß die Protokolle über ihre Aussagen, ihre Unterschriften, die ganzen Akten gefälscht oder vernichtet wurden. Immer weiter gehen seine Verdächtigungen, vom einzelnen Richter gegen den Gerichtshof und schließlich den ganzen Richterstand. Seine Anwälte stehen mit jenen im Bunde, wollen sie nicht bloßstellen, verfechten seine Sache schlecht, wollen ihn nur aussaugen, ohne ihm zu helfen. Gegen die Ungerechtigkeit des Richterstandes führt er Beschwerde bei den Staatsbehörden, denunziert, intrigiert gegen ihn, sucht entsprechende Artikel in die Tageszeitungen zu bringen, läßt Flugschriften drucken und verteilen, um die Öffentlichkeit auf seine Angelegenheit aufmerksam zu machen, schreibt an die Volksvertretung, das Ministerium, den Reichskanzler. Neue Strafen oder doch die Abweisung neuer Eingaben erbittern ihn immer mehr, es kommt zu maßlosen Beleidigungen des Juristen-, des Beamtenstandes. In diesem Stadium trägt das Gebahren des Kranken meist so sehr den Stempel der Geistesstörung, ist andererseits seine Lästigkeit so groß geworden, daß er der Irrenanstalt überwiesen bzw. die Untersuchung seines Geisteszustandes angeordnet wird. Der Arzt, der ihn ruhig anhört, wird zuerst als Freund, als der einzige mitfühlende Mensch betrachtet, von ihm wird die Wendung der ganzen Angelegenheit erwartet. Sobald derselbe aber die geringsten Zweifel an der Richtigkeit der Ausführungen des Kranken, an der Berechtigung der maßlosen Angriffe, die derselbe ausspricht, äußert, oder gar seine geistige Gesundheit in Frage stellt, sobald er überhaupt nicht vorurteilslos auf seine Seite tritt, ist er sein ausgesprochener Feind, mit seinen Gegnern im Bunde, nichtswürdig, ein bestochener Schurke. In der Irrenanstalt schreibt er ungeachtet aller Schwierigkeiten und Enttäuschungen weiter seine Angriffe, seine Klageschriften nieder; unter zahllosen Eingaben an den König, die oberste Staatsbehörde, das Parlament, in denen er immer und immer wieder seine Darstellung von dem Rechtsirrtum, dem Justizmorde gibt, seine ungeheuerlichen Verdächtigungen, die immer maßloser werden, ausspricht, sich als den unschuldig Verurteilten, den unschuldig ins Irrenhaus gesperrten Märtyrer seiner hervorragenden rechtlichen Überzeugung hinstellt, beschließt er sein Dasein, wenn er nicht gar, wie ein Kranker Caspers, an den höchsten Richter

im Himmel schreibt, und, nachdem ihm auch von dort her das Recht, das er erwartete, versagt blieb, Gotteslästerungen ausstößt.

Im weiteren Verlaufe der Erkrankung kommt es stets zu stärkerem Hervortreten von Selbstüberschätzungsideen und anderen in das Gebiet des Größenwahnes gehörigen Vorstellungen. Prahlereien mit der Schärfe des eigenen Verstandes, den eigenen Kenntnissen der Gesetzesbestimmungen, die er nur durch sich selbst gewonnen habe, die dabei denen studierter Juristen weit überlegen seien, verbinden sich meistens mit der Stellung immer größer werdender Ersatzansprüche, die er aus der vermeintlichen ungerechten Behandlung herleitet. Nicht nur als Entschädigung für ungerecht verbüßte Strafen, sondern auch zur Sühne des ungerechtfertigten Verdachtes, als Entschädigung für die erlittenen Nachstellungen, den Ärger, die mit der Abwehr der Ungesetzlichkeiten zugebrachte Zeit verlangen die Kranken Summen, die sich oft in angemessenen Grenzen halten, oft aber auch unter allmählicher Steigerung schließlich in die Millionen gehen, deren Geltendmachung und gerichtliche Einforderung ihrerseits das querulatorische Gebahren des Kranken weiter unterhalten. In seltenen Fällen endlich treten noch weitere Größenideen, daß der Kranke wegen seiner umfassenden Rechtskenntnisse zu hohen Stellungen ausersehen sei, daß ihm für seine scharfsinnigen Schriften der Titel eines Doktors der Rechtswissenschaften in Aussicht stände und ähnliche hinzu, haben aber in der Regel nur episodenhaftes Gepräge.

Mag die Behörde, gegen die zu Anfang queruliert wird und demgemäß der weitere Instanzenweg von dem eben skizzierten verschieden sein, der Gang und Inhalt der Beschwerden, die Ausbreitung des Kreises der Gegner bleibt dieselbe. Von allgemeinen, mehr unpersönlichen Beeinträchtigungsvorstellungen gepeinigt, knüpft der Kranke seine wahnhafte Vorstellungstätigkeit an die nächsten, mit dem den Wahn auslösenden Erlebnis eng zusammenhängenden Persönlichkeiten an, dann wird die betreffende gesamte Beamtenkaste in die Zahl der Gegner aufgenommen, hierauf alles, was Autorität heißt, zu ihnen gezählt, endlich die ganze Welt in den Kreis der Verfolger einbezogen, bis schließlich gelegentlich auch das dem Kranken zur Herleitung seiner Verfolgungsideen nicht mehr genügt. Dabei findet sich meistens, daß nicht jeder Angehörige des einen oder des anderen Standes kritiklos zu den Feinden gezählt wird, sondern daß in jedem Menschen zuerst nur das Beste gesucht wird, daß jedes neue, in den Gesichtskreis des Kranken tretende Individuum als Freund, als Retter angesprochen wird, dem er seine Lebens- und Leidensgeschichte anvertraut, den er zu seiner Rettung ermuntert, den er aber in demselben Augenblicke, in dem er sein Vertrauen nicht voll befriedigt findet, oft schon bei dem geringsten Einwand gegen seine Ausführungen als seinen ärgsten Feind betrachtet; wer nicht unbedingt für den Kranken ist, der ist wider ihn. So wird die Polizei, an die er sich zuerst um Hilfe wendet, in kurzem zu einem Heer von Spionen und Henkersknechten; die Zeugen, die durch Beeidigung der Wahrheit seiner Angaben die erwartete Wendung in seiner Angelegenheit herbeiführen sollen, werden, sobald sie seine Hoffnungen durch ihre Aussage enttäuschen, zu bestochenen, meineidigen Schurken; der Verteidiger wird, sobald der Kranke bei ihm die erwartete Hilfe nicht findet, zum unfähigen Strohkopf, der mit seinen Gegnern im Bunde steht, seinen Amtsgenossen in die Hände arbeitet, dieser Bande von

Verbrechern, die ihre eigenen Fehltritte dadurch verschleiern wollen, daß sie einen Unschuldigen bestrafen, oder die einen Justizmord vertuschen helfen, um den Richterstand nicht zu blamieren; der Arzt endlich, von dem er die Bescheinigung seiner geistigen Gesundheit sicher erwartet hat, wird zum Folterknecht, zum bestochenen oder betrogenen Helfershelfer seiner Gegner bei dem geringsten Zweifel an seiner geistigen Gesundheit. Hand in Hand mit großem Mißtrauen geht so auf der anderen Seite wieder eine übergroße Vertrauensseligkeit, die noch durch die Leichtgläubigkeit unterstützt wird, die derartige Kranke meist an den Tag legen. Jedes Gerücht, das von ihren Gegnern Schlechtes sagt, jeder Klatsch wird als lautere Wahrheit hingenommen, auf unbewiesene Erzählungen werden schwerwiegende Schlüsse und Beweise aufgebaut, jedes ihre Feinde kompromittierende Gerede wird ohne Prüfung geglaubt und, oft noch in ihren Interessen angepaßter, veränderter Form, weiter verbreitet, auch zum Gegenstande von Klagen und Beschwerden gemacht. Wissentlich falsche Anschuldigungen sind deshalb ein häufiges Delikt beim unerkannt gebliebenen querulierenden Paranoiker.

Im einzelnen werden die krankhaften Vorstellungen immer maßloser. Unterschriften unter Protokolle werden verweigert, weil dieselben gefälscht sind, Vorladungen werden nicht angenommen, weil der Kranke das Gericht, von dem sie ausgehen, nicht anerkennt, jeder Gerichtshof wird wegen Befangenheit abgelehnt. Akten werden von den Gegnern, von den Richtern unterschlagen, Seiten daraus entfernt, heimliche Verhandlungen abgehalten, von denen er nichts weiß, nur, um ihn mundtot zu machen und das Recht zu unterdrücken. Dokumente werden unterschlagen, Urteile gefällt, ohne daß dem Kranken Gelegenheit geboten wurde, sich zu verteidigen. Immer neue Zeugen werden beigebracht; sagen auch sie nicht nach Wunsch aus, so erscheinen wieder andere, deren Aussage nun ganz bestimmt ihm zu seinem Rechte verhelfen wird, Sachverständige über Sachverständige werden vorgeschlagen. Schließlich kommt der Kranke zu Vorstellungen, daß das Gericht seine Zeugen, seine Sachverständigen überhaupt nicht lade oder ihre Aussagen bzw. die Protokolle darüber fälsche oder vernichte.

Neben den spezifisch querulatorischen wahnhaften Vorstellungen finden sich bei der Paranoia querulatoria stets noch andere Beeinträchtigungsideen. Beide Arten sind meist so eng miteinander verbunden, daß sich nur eine künstliche Scheidung herbeiführen läßt. Es handelt sich häufig um allgemeine Ideen der Verfolgung, die sich an die querulatorischen Gedankengänge eng anschließen, gelegentlich sind aber auch entferntere Vorstellungsgebiete betroffen. So ist der Wahn ehelicher Untreue bei querulierenden Paranoikern neben ihren Ideen rechtlicher Benachteiligung gefunden worden, hypochondrische Vorstellungen sind nicht selten, Vergiftungsideen können dem Kranken als die letzte Möglichkeit erscheinen, ihn mundtot zu machen. Fast ausnahmslos werden auch diese Ideen rein kombinatorisch gebildet, ebenso wie die mannigfachen Selbstüberschätzungsvorstellungen, die stets die querulierende Paranoia zu begleiten pflegen. Sie gehen aus von dem Gefühl eines erhöhten Gerechtigkeitssinnes, realisieren das dem Kranken innewohnende Überlegenheitsgefühl über seine Gegner: nur er hat die richtige Ansicht von Recht und Gesetz; er kann die Gesetzesparagraphen viel besser ausdeuten als sämtliche Juristen; er weiß, wie man es machen muß,

um das Recht ans Tageslicht zu bringen; nur er ist imstande, den Bedrängten das Recht zu bringen, das ihnen von den treulosen Beamten genommen worden ist. Diese Selbstüberschätzungsvorstellungen treten besonders bei einer Gruppe von querulierenden Paranoikern hervor, deren Wahn einen stark altruistischen Zug trägt, insofern sich seine querulierende Tendenz wenigstens zu Anfang in der Hauptsache auf die Aufdeckung des fremden Personen zugefügten Unrechtes erstreckt. Derartige Gedankengänge finden sich besonders häufig auch im politischen Leben; sie verbinden sich wieder mit den Ideen der krankhaften Weltverbesserer und Volksbeglücker, die bei Besprechung der Paranoia combinatoria geschildert wurden.

Die krankhaften Ideen des querulierenden Paranoikers sind im Gegensatze zu den Vorstellungen des gewöhnlichen Querulanten von Anfang an unkorrigierbar. Unzugänglich für Einwände weist er alle Belehrungen und Gegenbeweise meist ohne Prüfung zurück, tut sie unter Umständen mit dem Hinweise auf die eigene Glaubwürdigkeit ab. Alles seiner Ansicht Entgegenstehende wird für frech erlogen, für unsinnig erklärt. Es besteht völlige Unfähigkeit, die eigenen Ansichten gegenüber den gegnerischen Gedankengängen abzuwägen, fremde, den eigenen entgegengesetzte Ausführungen zu bewerten sowie die Größe des etwa erlittenen Unrechtes abzuschätzen. Selbst das kleinste Unrecht wird über Gebühr aufgebauscht, der leiseste Zwang als unerhörte Vergewaltigung aufgefaßt, während andererseits die übermäßige Entwicklung des eigenen Selbstgefühls ihm jedes Mittel in seiner Hand als gut und angemessen erscheinen läßt. Dabei fehlt jedes Verständnis für die Nützlichkeit oder Nutzlosigkeit eines der angewandten Mittel. Jeder Prozeß wird ohne Rücksicht auf die entstehenden Kosten oder die Möglichkeit eines Erfolges bis zur letzten Instanz durchgefochten, jede Angelegenheit bis zum Äußersten verfolgt. Stellung und Vermögen werden aufs Spiel gesetzt und verschleudert. Einsichtslos setzt der querulierende Paranoiker den Kampf um sein vermeintliches Recht fort, bis er am Bettelstab ist.

Abgesehen von dieser Verbohrtheit in seine Wahnvorstellungen bleibt der Kranke während des ganzen Krankheitsverlaufes besonnen, im Denken geordnet; Merkfähigkeit und Gedächtnis sind ungetrübt, die Urteilskraft zeigt außerhalb des Wahnsystems keine Störung, in bezug auf die eigenen Wahnideen jedoch stärkste Einschränkung. Die Sinneswahrnehmungen sind kaum jemals krankhaft verändert, Sinnestäuschungen kommen im Verlaufe reiner querulatorischer Wahnsysteme wohl nicht vor, nur aus der Verbindung mit andersartigen Beeinträchtigungs- oder den seltenen ausgeprägten Größenideen können sie gelegentlich entstehen, ohne jedoch besondere Bedeutung zu erlangen. Die Wertung an sich richtig aufgefaßter Sinneseindrücke ist häufig schwer im Sinne der wahnhaften Vorstellungen verändert. Die Kranken vermögen oft keinen Schriftsatz des Gegners oder des Gerichtes richtig zu verstehen; sie lesen gerade das Gegenteil aus ihm heraus, sofern sich das mit ihren Ideen deckt.

Häufig handelt es sich dabei allerdings um Erinnerungsfälschungen, die im Verlaufe der querulatorischen Paranoia eine große Rolle spielen. Die Kranken sind nicht imstande, eigene Erlebnisse, die Geschichte ihres Rechtsstreites, die Vorgänge während eines gerichtlichen Termines nach einiger Zeit vollkommen wahrheitsgetreu zu reproduzieren. Umdichtungen aller Art, seltener frei erfundene Vorstellungen, wie es sein oder werden könnte, werden für wahr gehalten,

dem Wahnsystem eingeordnet und als bewiesene Tatsachen weiter verwertet. Dieselbe Bedeutung können plötzliche Einfälle haben, die erwünschte Vorgänge dem Kranken vor Augen führen. Oft läßt sich nicht entscheiden, ob es sich um wirkliche nachträgliche Erinnerungsfälschungen oder um Mißverständnisse handelt, doch ist an der Häufigkeit der ersteren Vorgänge, besonders in den vorgeschritteneren Stadien des Leidens nicht zu zweifeln. Die Begebenheiten, die dem Kranken zu Anfang seiner wahnhaften Vorstellungstätigkeit noch fraglich erschienen, werden immer mehr im Sinne der entstandenen Wahnideen umgedeutet und verfälscht, immer neue Einzelheiten tauchen in ihrer Verbindung auf, so daß allmählich alle Vorgänge in logischer Weise auseinander folgen, völlige Klarheit des querulatorischen Wahnsystems besteht, das der Kranke eintönig in derselben Weise und entsprechender Reihenfolge vorbringt, an das er selbst unerschütterlich glaubt. In das Gebiet der Erinnerungsfälschungen gehört wohl auch der „Traum" eines Patienten Hoppes, dem in seinem siebzehnten Lebensjahre im Schlafe ein Engel erschien, der ihm sein Schicksal, viele Prozesse zu führen und dafür Gefängnisstrafen zu verbüßen, voraussagte.

Die Affekterregbarkeit des querulierenden Paranoikers ist auf das höchste gesteigert. Die Vorstellung unschuldig erlittenen Unrechtes pflegt schon den Geistesgesunden stark zu erregen, vielmehr noch den mit krankhaften Vorstellungen arbeitenden Paranoiker. Aus der Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit ist sicher zum größten Teile der gänzliche Mangel an Objektivität, das Unvermögen zu unvoreingenommener, sachlicher Beurteilung der Rechtslage, der Mangel jeder Einsicht, die Unbelehrbarkeit, die Unfähigkeit zu ruhiger Überlegung, sobald das stark affektbetonte Gebiet der Rechtssätze angeschnitten wird, zurückzuführen. Recht und damit im Zusammenhange die Strafe gehören zu denjenigen Begriffen, die mit ihrem ausgesprochenen Gleichheitsprinzip infolge unserer Erziehung uns am lebhaftesten gemütlich erregen, in ihrer affektiven Wirkung den bei Besprechung der Paranoia hallucinatoria hervorgehobenen Eingriffen in das körperliche Wohlbefinden, die mit dem Strafbegriff eng verwandt sind, nahestehen. Stets sind es ausgesprochene Mischaffekte, die den Kranken beherrschen, hergeleitet einmal aus dem Gefühle rechtlicher Beeinträchtigung, andererseits aus dem inneren Überlegenheitsgefühl, das die Kranken beherrscht; zu Anfang überwiegt dabei die Unlustkomponente, während dieselbe in den späteren Stadien mit dem Stärkerwerden der Selbstüberschätzungsvorstellungen, der Steigerung der Lust am Querulieren, zurückzutreten pflegt.

Das äußere Verhalten des Querulanten und seine Handlungen haben ihm seinen Namen gegeben. Der Kampf um sein vermeintliches Recht, unbekümmert um die Folgen, mit zäher Verbissenheit, ohne die geringste Nachgiebigkeit, ohne die im menschlichen Verkehr gebotene Rücksichtnahme auf fremde Interessen ist der Kern der Handlungen, um den sich das ganze Verhalten des Kranken aufbaut. Er kennt nur ein Gebiet, das ihn wirklich interessiert, er kennt nur ein Thema, bei dessen Besprechung er mit ganzer Seele dabei ist, bei dessen Erzählung er nicht müde wird, das die Bedürfnisse des Tages völlig zurücktreten läßt: seine Rechtsstreitigkeiten. Diese intensive Hingabe an einen einzigen Gedankenkreis, noch dazu von so überragender Bedeutung und lebhafter Affektbetonung, dabei andererseits doch von enger Begrenzung muß im Laufe der Jahre zu Eigentümlichkeiten führen, die den querulierenden Paranoiker aus

seinem Wesen, vor allem aus dem Gebrauche der Ausdrucksmittel für seine Vorstellungen, aus Sprache und Schrift, erkennen lassen. Schon rein äußerlich zeigen die Kranken ein überlegenes, gemessenes, meist gewandtes Wesen, geben viel auf ihr Äußeres und ihre Haltung. Sie sitzen über ihre umfangreichen Schriftstücke gebeugt, sind häufig mit zahlreichen Gesetzbüchern beschäftigt, tragen stets Aktenbündel mit sich herum, in die sie eifrig vertieft sind, Notizen machen. Sie erscheinen im Verkehr zuerst lebhaft, schlagfertig, geben sich sichtlich Mühe, jedem neuen Bekannten, vor allem auch dem Arzte zu imponieren. Sie sind unermüdlich mit ihren Schreibereien, der Ausarbeitung ihrer Beschwerden, Einsprüche oder Klageschriften beschäftigt, verbrauchen eine Unmenge von Papier und Tinte, deren Verweigerung zu den lebhaftesten Zornesausbrüchen führen kann. Im Gespräch kommen sie meist in kürzester Zeit auf sich, ihre Lage, vor allem auf ihre Rechtsstreitigkeiten. Unermüdlich, in nicht zu dämmendem Redefluß erklären sie haarklein auch dem fernstehenden Besucher den Verlauf ihrer Prozesse, die Geschichte ihres Erbschaftsstreites, ihrer Pensionierung, sofern die letztere wie häufig den Anlaß zur querulatorischen Paranoia gegeben hat, ihre Ansprüche, die sich aus ihrer ungesetzlichen Behandlung ergeben haben, meist durchsetzt mit ironisierenden Bemerkungen, beißendem Spott, daraus abgeleiteten Lebensregeln. Die kleinsten, nebensächlichsten Einzelheiten werden ausgekramt, Zeugenaussagen, die mit dem eigentlichen Thema gar keine Beziehungen aufweisen, wörtlich wiederholt, langatmige Beweisbeschlüsse, die Ausführungen des Verteidigers, Sachverständigengutachten ausführlich erörtert. Wo den Kranken sein anscheinend phänomenales Gedächtnis zu verlassen droht, sucht er aus seinen umfangreichen Aktenbündeln, seiner Brieftasche die entsprechenden für ihn unersetzlichen Dokumente heraus, um aus ihnen und seinen Abschriften die betreffenden Stellen vorzulesen, sucht er aus den Gesetzbüchern die bezüglichen Paragraphen auf. Dabei kommt er vom Hundertsten ins Tausendste, verliert häufig den Faden, um so öfter, je mehr er sich in Affekt redet, bringt mit der eigentlichen Rechtssache gar nicht oder nur lose in Zusammenhang stehende Dinge vor, beachtet keine Unterbrechung, keine Zwischenfrage, die ihn aus dem Konzept zu bringen droht, keinen Einwand, tut meist alles mit dem Hinweis ab, daß das später noch komme, weiß auch nach stundenlanger Besprechung kein Ende seiner Ausführungen zu finden. Dieselben Redewendungen, dieselben Beweisgründe werden oft wörtlich wiederholt, die Ausführungen weisen dadurch eine große Eintönigkeit auf; der Eindruck des Eingelernten ist besonders in den späteren Stadien des Leidens unverkennbar. Dabei beherrscht den Kranken das peinigende Gefühl, etwas vergessen zu haben; immer wieder kommen sie, um an der Hand ihrer Aufzeichnungen noch etwas besonders Wichtiges zu berichten. Die Ausdrucksweise ist weitschweifig, gekünstelt, mit bombastischen Phrasen, Schlagworten, Zitaten, Sprichwörtern, juristischen Ausdrücken reichlich durchsetzt. Die Redewendungen wiederholen sich ständig; seine Gegner werden dauernd mit den gleichen Ehrentiteln, denselben beleidigenden Ausdrücken belegt.

Eine noch größere Bedeutung als die Sprache hat die Schrift für den querulierenden Paranoiker. Ganze Aktenstöße, Berge von Papierfetzen werden mit den schriftlichen Ausarbeitungen über seine Angelegenheiten gefüllt, jedes Stückchen wird bekritzelt. Endlos, schließlich ohne rechten Zusammenhang

werden die Verdachtsgründe, die Beweismomente aneinander gereiht, durchsetzt mit Schmähungen gegen seine Gegner, den Gerichtshof, den Richterstand, die Beamtenschaft, die Staatsordnung. Immer wieder kehren dieselben Ausdrücke, dieselben Floskeln, dieselben Unterstreichungen, dieselben Interpunktionszeichen. Die Schriftstücke wimmeln von Ausrufungszeichen, von Heraushebungen von Worten oder Sätzen durch lateinische Buchstaben oder Rundschrift. Dichtgedrängt, mit winzigen Buchstaben werden die Seiten flüchtig gefüllt, als ob die Fülle der Gedanken dem Kranken keine Zeit zu ruhiger Niederschrift ließe; auch der Inhalt bekundet meistens ein Überstürzen der Gedankengänge. Überall finden sich Verbesserungen, Zeichen, die auf nachträgliche Zusätze deuten, mit denen der freie Rand bekritzelt ist. Tagtäglich überreichen derartige Kranke dem Arzte irgendeine 4—8 Seiten lange oder noch längere Eingabe an die Anstaltsleitung, das Staatsministerium, den Herrscher, in der sie in schwülstiger, weitschweifiger Form ihre Anklagen, ihre Forderungen niederlegen, oft am Schlusse des Schreibens vergessen haben, weswegen sie es begannen. Alle Schriftstücke werden durch Hinweise auf ihre Dringlichkeit („eilt sehr", „Gefahr im Verzuge", „dringend", „schleunigst") gekennzeichnet.

Man hat den Eindruck, daß, besonders in den späteren Stadien der Erkrankung, der querulierende Paranoiker oft gar keine Antwort auf seine Schriftstücke erwartet. Er erkundigt sich wohl gelegentlich, ob seine Eingabe auch wirklich abgesandt, ob bereits eine Antwort darauf eingelaufen ist, beruhigt sich aber bei entsprechender ausweichender Auskunft oder beschwert sich in einem neuen Schriftsatze über die Zurückhaltung des vorhergehenden bzw. seine langsame Erledigung. Auch diesen Kranken wird das Schreiben noch vielmehr als den übrigen Paranoikern zum Zwecke an sich. Bei den querulierenden Paranoikern findet sich auch häufiger als bei den übrigen Paranoiaformen die Marotte, sich nur schriftlich zu äußern oder doch ihre mündlichen Auseinandersetzungen durch schriftliche zu unterstützen, sicherlich vor allem in der Absicht, Auslassungen in ihren Beweisführungen zu vermeiden, und aus dem Gefühl der Unfähigkeit heraus, die tausenderlei Einzelheiten mündlich lückenlos zu reproduzieren.

Abgesehen von dem ausgedehnten Gebrauche, den der querulierende Paranoiker von den Ausdrucksmitteln seiner krankhaften Vorstellungen macht, gleicht sein Verhalten dem der übrigen Paranoiker. Wie schon oben beschrieben, kennzeichnet sein Wollen und Handeln eine unkorrigierbare Verbohrtheit in die eigenen Ansichten und die Unfähigkeit, andere, von den eigenen abweichende Gedankengänge kritisch zu beurteilen oder auch nur den Versuch dazu zu machen. Mit äußerster Konsequenz wird versucht, den eigenen Ansichten von Recht und Gerechtigkeit zum Siege zu verhelfen, jede Angelegenheit bis ins kleinste auszufechten, jeden Rechtsstreit bis in die höchste Instanz zu verfolgen; es ist ihm nicht möglich, sich bei einem sich mit seinen Ansichten nicht deckenden Bescheide zu beruhigen, er queruliert auch nach Erschöpfung aller Rechtsmittel weiter, vermag nicht, aus seinem Vorstellungskreise derartige unfruchtbare Vorstellungen zugunsten anderer wichtigerer zu verdrängen. Durch seine Handlungsweise geht ein Zug von äußerstem krankhaftem Egoismus. Alle Mittel, auch die unsittlichsten, sind in seiner Hand gut und erlaubt; die anständigsten Mittel in der Hand des Gegners dienen zu rohen Vergewaltigungen seiner Person.

Nicht immer bleibt der querulierende Paranoiker bei seinen immerhin noch harmlosen Schreibereien, Beleidigungen, Drohungen und Anklagen stehen; öffentliche Schmähungen, tätliche Angriffe, die Mordwaffe stellen nicht selten das letzte Mittel dar, durch das er seinen Rechtsbegriffen Geltung zu verschaffen sucht. Nach seiner Verwahrung in der Irrenanstalt ist es meist der Kampf gegen diese, ihm ungesetzlich erscheinende Internierung, dem ein großer Teil seines Denkens und Wollens gilt, im Gegensatze zu den übrigen Paranoikern mit Beeinträchtigungsideen, bei denen gegenüber den sonstigen Verfolgungen, deren Vorstellungen mit ihren Konsequenzen zu der Anstaltsaufnahme geführt haben, die Beeinträchtigung durch die Freiheitsbeschränkung selbst wenigstens in der Regel zurücktritt; er nähert sich auch hierin dem Größenwahnsinnigen. Einen gleichen, ebenso stark affektbetonten Anknüpfungspunkt bietet dem Querulanten die Einleitung und Durchführung des Entmündigungsverfahrens, ohne daß aber durch diese späteren Rechtsangelegenheiten die die Paranoia querulatoria auslösende Streitsache völlig verdrängt wird. Bereits früh pflegt der querulierende Paranoiker unfähig zu werden, für seinen Lebensunterhalt zu sorgen. Er vermag weder ein öffentliches Amt zu bekleiden noch einen privaten Beruf auszuüben, da er in dem einen mit seinen krankhaften Rechtsanschauungen Anstoß erregt, zu privater Tätigkeit aber durch die Ablenkung, die die Verfolgung seiner Rechtsstreitigkeiten bewirkt, unbrauchbar wird. Nie kommt es jedoch zu einem untätigen Herumsitzen der Kranken, die meist sehr beweglich mit der Ausarbeitung ihrer querulierenden Schriftsätze ihre Zeit vollständig auszufüllen vermögen.

Der Verlauf der querulatorischen Form der Paranoia ist im wesentlichen ein langsamer, aber stetiger, ähnlich dem der kombinatorischen Verrücktheit mit allmählicher Steigerung der Symptome der Quantität und Intensität nach. Immer weitere Beamtenklassen werden in den Kreis der Gegner gezogen, immer intensiver wird der Widerstand gegen die staatlichen Autoritäten, immer klarer wird dem Kranken, daß ihm Unrecht geschehen ist und noch geschieht, auch, warum es geschieht, immer verbohrter wird seine Ansicht von Recht und Gerechtigkeit. Immer weniger vermag der Kranke den Ansprüchen des Lebens zu genügen, immer weniger außerhalb seiner Rechtsbegriffe liegenden Interessen die nötige Beachtung zu schenken. Er vermag seinen Beruf nicht mehr zu versehen, Ehe und Familie, Wohlstand und Ehre treten hinter dem seiner krankhaften Vorstellungstätigkeit entspringenden Zwange zum Querulieren zurück, ohne daß die ethischen, besonders die altruistischen Begriffe gänzlich verloren gehen, bis schließlich nach Erschöpfung der vorhandenen Rechtsmittel, nach Durchlaufen aller Instanzen der Kranke zur Selbsthilfe greift, die ihn sicher der Irrenanstalt zuführt, sofern er nicht bereits vorher dort Aufnahme und Schutz gefunden hat.

So gleichmäßig der allgemeine Ablauf der Paranoia querulatoria ist, so mannigfache Wellenbewegungen zeigt die Intensität der augenblicklich hervortretenden Erscheinungen. Jedes gemütserregende Moment bedingt bei diesen äußerst affektlabilen Individuen eine Verstärkung der querulierenden Willensstrebungen. Vor allem die mit ihren Rechtsstreitigkeiten selbst in Verbindung stehenden Dinge, gerichtliche Termine, Vernehmungen und Verurteilungen, Abweisung von Eingaben, Zurückweisung von Schadenersatzforderungen, be-

sonders natürlich die Vollstreckung der Strafe schaffen Erregungszustände, in denen neben vermehrtem Hervortreten der querulatorischen Handlungen, lebhafteren mündlichen, reichlicheren schriftlichen Auslassungen, meist auch vermehrtem Auftreten von Erinnerungsfälschungen zahlreiche neue Beeinträchtigungsideen sowohl auf rechtlichem wie auch auf ferner liegenden Gebieten entstehen, deren Verarbeitung ihrerseits zu vermehrter Affektspannung und Lockerung der Haltung des Kranken führt, eine Vermehrung der Angriffe und Beleidigungen gegen die alten, eine Hinzuziehung neuer Gegner, damit ein schnelleres Fortschreiten des Krankheitsprozesses bedingt.

Während derartige leichtere Erregungszustände häufig eintreten, oft dauernd vorhanden sind, sind stärkere Erregungen, wie sie besonders im Verlaufe der Paranoia hallucinatoria geschildert wurden, seltener. Auch in dieser Beziehung steht die Paranoia querulatoria der kombinatorischen Form dieser Krankheit näher. In den seltenen höhergradigen Erregungszuständen kommt es zu lebhaftem Hervortreten der querulatorischen Wahnideen neben anderen Beeinträchtigungs- und Größenideen, deren lebhafte Affektbetonung wüste Schimpfereien, Drohungen, Gewalttaten, kurz ein entschiedener aggressives Verhalten der Kranken hervorruft, Schlaflosigkeit, mangelhafte Nahrungsaufnahme, größere Sprunghaftigkeit, geringere Klarheit der schriftlichen und besonders der mündlichen Auslassungen bedingt, bis nach kurzer Zeit, meist nach wenigen Tagen, die frühere Ruhe wieder eintritt.

Die Paranoia querulatoria ist im ganzen eine seltene Krankheit. Der Satz von $^1/_2\%$ der Anstaltsaufnahmen, der von anderer Seite (Yennaropoulos) angegeben ist, erscheint noch zu hoch gegriffen, sobald man gemäß der hier vertretenen Ansicht eine scharfe Scheidung der paranoischen von den aus andersartigen psychopathischen Zuständen entstandenen Querulanten vornimmt und zu den ersteren nur die Fälle rechnet, in denen Beeinträchtigungsideen auf rechtlichem Gebiete, die eine querulatorische Tendenz in sich schließen, auf dem Boden einer angeborenen psychopathischen (paranoischen) Konstitution im Anschlusse an ein psychogenes Moment, meist einen Konflikt mit einer gesetzlich anerkannten Behörde bzw. einen Rechtsstreit, oft ein tatsächlich erlittenes, mehr weniger geringfügiges Unrecht entstehen, daneben auch andere Beeinträchtigungs- sowie Selbstüberschätzungsvorstellungen auftauchen und dieses unerschütterlich festgehaltene Wahnsystem unter Fortdauer der querulierenden Komponente mit äußerster Konsequenz bis zur Verbohrtheit ausgebeutet wird, dabei Wollen und Handeln logisch, den Vorstellungen entsprechend sind, die Affekte ansprechbar bleiben, die Intelligenz außer einer langsam zunehmenden Einschränkung der Urteilskraft gemäß der durch die Überwertigkeit der Wahnideen bedingten, fortschreitenden Einengung des Gesichtskreises normal bleibt. Von den Geschlechtern ist das männliche erheblich häufiger von dieser Form der Paranoia betroffen. Kraepelin führt diesen Umstand darauf zurück, daß die Männer mit ihrer verantwortlichen Lebensstellung und ihrem stärkeren Selbständigkeitsgefühl wesentlich häufiger als die geschützteren und nachgiebigeren Frauen in die Lage zu Zusammenstößen auf rechtlichem Gebiete kommen. Die Verschiedenheit der Erziehung der Geschlechter mit ihrer grundverschiedenen Ausbildung des Persönlichkeitsbewußtseins, wie sie bis in die Neuzeit Mode war, dürfte daneben von Einfluß sein. Auch die Paranoia

querulatoria beginnt meist im späteren Alter. Vor dem 30. Lebensjahre sind sichere Fälle dieser Krankheit extrem selten, auch bis zum 40. Jahre nicht häufig. Die Zeit der Abnahme der Geisteskräfte, der Erstarrung des Charakters, des Verlustes der Schmiegsamkeit der psychischen Persönlichkeit läßt den bereits in der Veranlagung begründeten Mangel an Anpassungsfähigkeit und Unterordnung unter die bestehenden Rechtssätze intensiver hervortreten, verstärkt andererseits die den zur querulatorischen Paranoia Veranlagten innewohnende Tendenz zum Kampfe gegen jeden Zwang durch autoritative Bestimmungen gemäß der im Alter eintretenden egozentrischen Einengung der Interessen und Gefühlstöne. Beides gibt auch dem weiteren Verlaufe und dem Endzustandsbilde sein Gepräge.

Der Krankheitsausgang.

Die Beschreibung der Unterformen der Paranoia lehrt bereits, daß deren Erscheinungen nach langjährigem Bestehen der Erkrankung einander immer ähnlicher werden. Die kombinatorische Wahnentwicklung läßt nach, die Trugwahrnehmungen nehmen an Zahl und sinnlicher Lebhaftigkeit ab, querulierende Züge treten, soweit sie nicht schon von Anfang an dem Krankheitsbilde beigemischt waren, auch im Verlaufe kombinatorischer oder halluzinatorischer Fälle auf, der Querulantenwahn hingegen geht häufig unter mehr minder deutlichem Nachlaß der querulierenden Tendenzen in den Wahn mäßiger Selbstüberschätzung über. Bei allen Formen wird das alt eingewurzelte Wahnsystem unverrückbar festgehalten, die Weiterbildung geht aber immer langsamer vor sich, um in vielen Fällen endlich scheinbar zu sistieren, der Schmuck der den Grundwahn umgebenden krankhaften Vorstellungen wird immer seltener und eintöniger. Die Sinnestäuschungen lassen die frühere Buntheit vermissen; sie belästigen noch den Kranken, ohne die überragende Bedeutung für ihn zu haben wie in den früheren Krankheitsstadien. Der Kranke queruliert zwar noch, aber auch hier läßt die Neuentwicklung von Vorstellungen nach; nur selten werden neue Prozesse eingeleitet, werden neue Instanzen, die allerdings meist schon sämtlich erschöpft sind, angerufen, nur die alten Streitigkeiten werden innerlich verarbeitet und äußerlich weiter verfolgt.

Wann dieses Stadium der gleichmäßigen Pflege der fest wurzelnden Wahnvorstellungen ohne bemerklichen Fortschritt im einzelnen Falle erreicht wird, ist sehr verschieden; es dauert aber in der Regel Jahrzehnte, bis dieser Zustand eintritt und der Krankheitsprozeß sich damit seinem Ausgange zuneigt. So sehr jedoch die früher bis zum äußersten krankhaft erhöhte Vorstellungstätigkeit nachläßt, nur in ganz seltenen Fällen hört sie anscheinend vollständig auf. Die Kranken überraschen immer wieder durch einzelne neue wahnhafte Ideen oder doch Veränderungen der alten, vor allem werden häufig auch noch in diesem Stadium die Größenideen ausgebaut bzw. erst konzipiert. Immer wieder berichten die Kranken auch von neuen krankhaften Sinneswahrnehmungen oder suchen durch Erinnerungsfälschungen Bestätigungen ihres Wahnsystems zu erhalten. Ansprechbar bleibt die Affektivität, dieser Maßstab für die Lebhaftigkeit des psychischen Geschehens. Stets rege ist die Hoffnung auf Abwehr der Verfolgungen, auf Erfüllung der krankhaften Größenvorstellungen, die Hoffnung, durch die querulatorischen Handlungen doch noch das erstrebte Ziel, den ge-

wünschten Entscheid zu erreichen. Daß dennoch eine Abnahme der Affekterregbarkeit stattgefunden hat, zeigt der Umstand, daß das Leiden in diesem Stadium viel gleichmäßiger und ruhiger verläuft, daß Affektstürme schwerer ausgelöst werden, wenngleich sie nicht völlig schwinden, daß sie, einmal hervorgerufen, weit geringere Intensität zeigen. Der Größenwahnsinnige geht überlegen lächelnd oder, ohne ein Wort zu sagen, über die Nichtanerkennung seiner Rechte, seiner Stellung hinweg, der Verfolgungswahnsinnige läßt Zweifel an der Richtigkeit seiner krankhaften Vorstellungen oder Wahrnehmungen ohne Zornesausbruch hingehen, der Querulant hört gleichmütiger Einwände an, ohne allerdings ihren Sinn zu erfassen. Dementsprechend nimmt auch der Kampfesmut des Paranoikers ab, die Angriffsfreudigkeit weicht der Duldermiene. Zermürbt durch den steten Kampf mit seinen Gegnern, die ihm in jeder nur möglichen Weise Schaden zugefügt haben und noch zuzufügen suchen, die ihn mit den raffiniertesten Mitteln peinigen, ihm Glück und Ehre geraubt, ihn um Vermögen und Stellung gebracht haben, die ihm sogar sein Menschenrecht nehmen wollen, die es erreicht haben, daß er trotz seiner hohen Abstammung, seiner hervorragenden Geisteskräfte, seiner hohen Berufung armselig im Irrenhause ein Leben des Leidens beschließen muß, läßt der Paranoiker in der Stetigkeit, der Hartnäckigkeit seiner Handlungen nach, ohne indes von seiner Verbohrtheit zu lassen, ohne die Hoffnung auf einen Umschwung in seiner Lage aufzugeben; er läßt die Dinge gehen, wie sie eben gehen wollen, hofft auf einen Glückszufall, der ihm zu seiner Zeit sein Recht bringen wird oder tut seinem Überlegenheitsbewußtsein in der Rolle des gepeinigten, verkannten Märtyrers, dem die verdiente Anerkennung erst spät, vielleicht erst nach seinem Tode sicher zuteil werden wird, Genüge. Irgendein Zweifel an der Richtigkeit seiner krankhaften Ideen, der Realität seiner Trugwahrnehmungen läßt sich auch dann nicht auffinden oder erwecken, nie besteht eine Andeutung wirklicher Krankheitseinsicht. Nicht zu verwechseln ist mit der letzteren, daß die Kranken in manchen Fällen auf Grund ihrer hypochondrischen Beschwerden zugeben, krank zu sein, daß sie angeben, der Ärger, den ihnen der Kampf um ihre Größenvorstellungen, die Aufregungen, die ihnen die Vertretung ihrer Rechtsansichten verursacht habe, hätte sie nervenkrank gemacht oder dergleichen, Angaben, die Mercklin wohl im Auge hat, wenn er von einer gewissen Krankheitseinsicht bei der Paranoia im Beginne und während akuter Exazerbationen der Erkrankung spricht.

Wenn der Krankheitsprozeß auch in diesem Stadium erheblich gleichmäßiger als in früheren Krankheitszeiten abläuft, so ist man doch nie sicher, daß nicht auch noch nach längerer Zeit wieder lebhaftere Erscheinungen, ein schubweises Fortschreiten eintritt. Zu jeder Zeit kann ein stärkeres Hervortreten der Wahnideen, vor allem in den halluzinatorischen Fällen eine Vermehrung und Verstärkung der Sinnestäuschungen stattfinden, die zu entsprechenden Handlungen, zum mindesten zu stärkerem Querulieren gegen die Zurückhaltung in der Irrenanstalt, die Entmündigung führt. Derartige Erregungszustände sind nicht einmal in den selteneren Fällen sicher auszuschließen, in denen es nach Jahrzehnten zu einer erheblichen Einförmigkeit der Erscheinungen kommt. Eintönig sind in diesen Fällen die Vorstellungen, die die Kranken, ohne ihr System zu korrigieren, ohne auch nur einen Zweifel an seiner Realität zu hegen, in alter Weise produzieren, eintönig sind die Sinnestäuschungen, deren sinnliche

Lebhaftigkeit nachläßt, die die Kranken auch seltener belästigen; der Teufel, der dem Kranken in früheren Zeiten drohte und die ärgsten Peinigungen verhieß, wird nur noch in der Ferne gehört, „als ob ein Hund ein bißchen bellt." Eintönig ist die Ausdrucksweise; in derselben Form, oft mit den gleichen Worten, berichtet der Kranke Tag für Tag von seinen Wahnvorstellungen, in demselben Klageton werden die Verfolgungen beschrieben, mit denselben Wendungen die krankhaften Ideen zu beweisen gesucht. Es macht oft den Eindruck, als ob der Kranke sich zu dem absoluten Bewußtsein durchgerungen hat, daß seine wahnhaften Vorstellungen unumstößlich richtig sind, so daß er sich nicht mehr die Mühe zu geben braucht, darüber nachzudenken, daß jedes Wort zu ihrem Beweise überflüssig ist. Den gleichen Mangel an Veränderung beweisen die schriftlichen Auslassungen, die gelegentlich zum einfachen Abschreiben früherer Niederschriften werden; auch hier spiegelt sich das gleichförmige Bild einer auf der Stelle tretenden Vorstellungstätigkeit wieder. Einförmig wird vor allem die Handlungsweise. Von der Lebhaftigkeit der Affekte, die die Berührung der überwertigen Vorstellungen in den früheren Stadien beim Paranoiker auslöst, ist bei diesen langjährigen Kranken nichts mehr zu bemerken. Sie bringen ihre Vorstellungen und Pläne nur noch auf Wunsch vor, verrichten sonst als fleißige Arbeitstiere still ihre Tätigkeit, ohne das Symptom zu zeigen, das den Paranoiker an sich kennzeichnet, den Mut und Willen zum Kampfe um seine Ideen.

Die Intelligenz zeigt bei den erstgenannten Endformen der Paranoia sicher keine wesentliche Einbuße. Die Kranken sind in jeder Weise orientiert, Gedächtnis und Merkfähigkeit bleiben durchaus normal, was sowohl der Verkehr mit den Kranken wie eine darauf gerichtete Prüfung einwandfrei feststellen lassen, die ethischen Begriffe bleiben erhalten. Eine schwere Veränderung, die in den Endstadien ihre höchste Entwicklung erreicht, zeigt schon im ganzen Verlaufe der Erkrankung die Urteilskraft. Diese Störung wird hervorgerufen durch eine fortschreitende Einschränkung der Interessensphäre im Sinne des den Kranken beherrschenden Wahnes. Die stete Beschäftigung mit derart überwertigen Ideen, wie sie die Wahnvorstellungen des Paranoikers darstellen, hindert die Verarbeitung aller oder doch nur eines großen Teiles der das Individuum treffenden Sinneseindrücke, deren Aufnahme häufig noch an sich oder durch die Trugwahrnehmungen gestört ist. Dieser Ausfall von das Denken, Fühlen und Wollen des Geistesgesunden regulierenden Eindrücken und daraus ihre Anregung und Richtung erhaltenden normalen Vorstellungen muß einmal die Überwertigkeit der wahnhaften Ideen steigern, andererseits aber auch das Individuum unfähiger machen, sich über seine Umgebung, die ihn treffenden Eindrücke ein richtiges Urteil zu bilden, soweit eine solche Urteilsbildung überhaupt statthat. Die Einschränkung der Urteilskraft wird entsprechend der hohen Bedeutung, die die Wahnvorstellungen des Paranoikers für seine Person haben, eine ausgesprochen egozentrische sein, überall Beziehungen zur eigenen Person, vor allem zu den eigenen wahnhaften Ideen schließen lassen, mithin in diesem Punkte eine Urteilstrübung, eine Unfähigkeit, mit den krankhaften Vorstellungen zusammenhängende Tatsachen in ihrer Wertigkeit abzuschätzen, herbeiführen. Naturgemäß gibt es nur verhältnismäßig wenige Dinge, die im Verlaufe der paranoischen Erkrankung nicht mit dem Wahne in irgendeine Beziehung treten. Demgemäß wird in den ersten Stadien der Paranoia die Urteilskraft eine relativ geringfügige

Einbuße erleiden, mit der Ausbreitung der wahnhaften Vorstellungen stärker eingeschränkt werden, in den Endstadien, in denen oft die ganze Umgebung des Kranken in den Wahnkreis einbezogen ist, die schwersten Störungen zeigen. Aber auch in diesen letzten Stadien tritt auf dem Wahne ferner liegenden Gebieten nie ein Versagen der Urteilskraft ein. Die Kranken vermögen in Dingen, die ausgesprochene Beziehungen zu anderen Individuen haben, noch durchaus zu sachgemäßer Prüfung und Abwägung fähig zu sein und selbst in Dingen, die sie selbst und ihren Wahn auf das engste berühren, kommt es nicht zu einem Aufhören, einem gänzlichen Versagen der Urteilskraft an sich. Vom Standpunkte seines Wahnes aus vermag der Paranoiker noch logisch zu urteilen und Schlüsse zu ziehen. Er vermag nur nicht den Deduktionen Geistesgesunder in seinen wahnhaften Angelegenheiten zu folgen, ebenso wenig wie wir es vermögen, von unserem Standpunkte und unserer Auffassung der Dinge aus seine Urteile zu verstehen. Die Welt, in der der Paranoiker lebt, sieht eben anders aus als die des geistesgesunden Menschen, demgemäß sind auch seine Urteile anders. Es ist also nicht ein Versagen der Urteilskraft schuld an den Falschurteilen des Kranken, sondern ein Abirren seiner Urteile infolge der durch den Wahn bewirkten Veränderung des Vorstellungsinhaltes, ebenso wie das Denken des Paranoikers nicht nachläßt und versagt, im Gegenteile zeitweise gegenüber der Leistungsfähigkeit in geistesgesunden Tagen eine wesentliche Steigerung erkennen läßt, sondern nur in die durch den Wahn ausgefahrenen Geleise abgelenkt wird.

In den Fällen, in denen die beschriebene große Einförmigkeit alles psychischen Geschehens, der Vorstellungstätigkeit, des Denkens und Fühlens, des Handelns eintritt, dürfte die Urteilsfähigkeit den höchsten Grad der Einschränkung aus dem Mangel an Aufnahmefähigkeit und Fähigkeit, die aufgenommenen Eindrücke sinngemäß zu verarbeiten, erfahren haben, so daß der Paranoiker sein System abschließt und nur ihm lebt, während er in den früheren Zeiten stets eine Verbindung zwischen seinem Wahnsystem und der Außenwelt herstellte oder doch nach Möglichkeit herzustellen versuchte, aus der er die ihn treffenden Verfolgungen herleitete, in der er die Realisation seiner Größenideen erhoffte.

Diese letzteren Fälle regen besonders zur Erörterung der Frage an, ob es im Verlaufe der Paranoia immer oder doch in einzelnen Fällen zu einem Zustande kommt, den man als Schwachsinn bezeichnen kann bzw. ob der paranoische Krankheitsprozeß als solcher bereits einen Schwachsinnszustand darstellt?

Die Frage ist von den verschiedenen Autoren in recht verschiedenem Sinne beantwortet worden. Häufig, besonders bei den älteren Psychiatern mögen daran die Unterschiede in der Begriffsumschreibung der Paranoia schuld sein, auch die Verschiedenheit der Auffassung des Begriffes „Schwachsinn" kann die abweichenden Ansichten zum Teil erklären. So meinte Jung, der alle Verrückten hirnschwach oder hirnsiech nannte, zweifellos von den hier beschriebenen ganz verschiedene psychische Erkrankungen, Flügge, der geistige Schwachsinnszustände eigentümlicher Art als Ausgangspunkt der Paranoia ansah, beschreibt anscheinend faselig verblödete Schizophreniefälle. Während Westphal intellektuelle Schwäche, die er als Grundlage mancher Fälle von Paranoia zugab, nicht als wesentliches Symptom der Krankheit anerkannte, v. Krafft-

Ebing einen Ausgang in Demenz abstritt, bezeichnete Jastrowitz die von ihm im Endstadium der Paranoia gefundene Intelligenzschwäche als Blödsinn, als eine erworbene Geistesschwäche, bei welcher ein entstandener geistiger Defekt durch einen qualitativ veränderten, fremdartigen Bestandteil ersetzt wird, so daß dem inneren Wesen nach eine Inkongruenz mit dem übrigen Geistesrest entsteht. Salgo fand eine langsam ansteigende dauernde Verarmung des Bewußtseinsinhaltes, einen Zustand, den er als Schwachsinn bezeichnen zu müssen glaubte, als wesentlichen Bestandteil der Paranoia, über den auch die Erhaltung der Denkform, die im übrigen auch gelegentlich gestört sei, nicht hinwegtäuschen könne. Von einer „Vorstellungsschwäche", besonders in den vorgeschritteneren Stadien der Erkrankung, spricht Moeli, eine fortschreitende Schwäche auf dem Gebiete des Wollens und Fühlens suchte Koch zu erweisen. Hitzig glaubte, daß das Handeln der Paranoiker große Lücken in der Assoziationsbildung erkennen lasse und daß im Terminalstadium eine wirkliche Demenz einträte. Die derartigen Fällen beiwohnende Intelligenzstörung, die Kritiklosigkeit der Kranken bedeutete ihm in klinischer Beziehung bestimmt, in anatomischer Beziehung mit größter Wahrscheinlichkeit ein dauerndes Ausfallssymptom: die Ausschaltung einzelner oder vieler Hirnterritorien, von wenigen oder vielen Leitungsbahnen, die darauf beruhende größere oder geringere Herabminderung in der Zahl und Art der überhaupt möglichen Vorstellungen, mit einem Wort einen mehr oder minder offenbaren Zustand geistiger Schwäche. Ziehen bezeichnete diesen Endzustand der Paranoia dagegen als Pseudodemenz. Neisser konnte eine eigentliche Demenz ebenfalls nicht nachweisen, wenn er auch einen psychischen Schwächezustand, dessen quantitative und qualitative Ausprägung von der Symptomatologie und dem Verlaufe des Krankheitsprozesses sowie von der individuellen Konstitution abhängig sei, oft, aber nicht immer als endgültigen Ausgang der Paranoia sah. Während Sandberg an eine Intelligenzschwäche des Paranoikers glaubt, nimmt Falkenberg an, daß man zur Erklärung des Wahnes dieser Kranken der Annahme einer geistigen Schwäche nicht bedürfe und denselben allein aus der Veränderung der Vorstellungen und der damit zusammenhängenden Verfälschung des Urteils erklären könne. Für den Querulantenwahn nahm Siemerling an, daß derselbe stets auf einem geistigen Schwächezustande beruhe, Meschede widersprach dem; Koeppen nahm eine vermittelnde Stellung ein, indem er abgesehen von den auf angeborener geistiger Schwäche entstandenen Paranoiafällen der Ansicht ist, daß diese Erkrankung keine vollwertigen Menschen befalle, zuweilen auch törichte Wahnbildungen hervorbringe, aus denen heraus man auf eine gewisse Intelligenzschwäche schließen könne. Kraepelin sieht in der Existenz und Unkorrigierbarkeit der paranoischen Wahnideen an sich bereits einen Beweis psychischer Schwäche; Kleist andererseits fand wohl, daß die mangelnde Produktivität des Paranoikers gelegentlich den Eindruck von Demenz machen könne, da dadurch die Verstandesleistungen vermindert würden, daß aber ein Ausfall bestimmter Leistungen sich nicht erweisen lasse, daß es nur zu einer Abartung der vorhandenen komme. Auch Hübner beobachtete nie eine Demenz als Ausgang der Paranoia.

Unter Schwachsinn darf man nur den Ausfall von Leistungen auf einem oder auf allen Gebieten unseres Intellektes verstehen, der entweder dadurch hervorgerufen ist, daß Teile des Erfahrungsschatzes, mit denen er zu arbeiten

gewohnt ist, verloren gehen (Gedächtnisschwäche), oder dadurch, daß er unfähig wird, neue Erfahrungen anzusammeln (Merkfähigkeitsstörung), oder endlich dadurch, daß er die Fähigkeit verliert, sie zu Schlüssen und Urteilen, demgemäß zur Richtschnur für das Wollen und Handeln zu verwenden (Urteilsschwäche); ferner muß zum Bestehen einer Geistesschwäche gefordert werden, daß nicht ein Ersatz für die eine verminderte intellektuelle Funktion durch eine andere zustande kommt, die durch ihre Überwertigkeit die gesunde Entfaltung der ersteren hindert und sie in die durch die falsch gewerteten Prämissen geschaffenen Bahnen ablenkt. Nach der Beschreibung des die Paranoia charakterisierenden Krankheitsverlaufes kann für uns kein Zweifel bestehen, daß ein solcher Defekt auf keinem der verschiedenen Gebiete der menschlichen Intelligenz sich findet. Auf den meisten Gebieten tritt uns beim Paranoiker in den frühen Stadien der Erkrankung im Gegenteile eher eine gesteigerte Regsamkeit entgegen, in den späteren dagegen findet eine Überwucherung eines Teiles der psychischen Funktionen durch andere statt. Der Kranke sammelt eine Unzahl von Erfahrungen, die allerdings mit denen Geistesgesunder nicht übereinstimmen, die er zum Teil aus ganz anderen Sinneseindrücken schöpft, als sie dem Geistesgesunden zur Verfügung stehen. Der Paranoiker behält ferner seinen Erfahrungsschatz ungeschmälert, derselbe erleidet nur in seiner Psyche eine Umwertung gegen früher gemäß den krankhaften Vorstellungen; er bildet endlich aus seinen falsch gewerteten Erfahrungen und Vorstellungen durchaus logisch folgerichtige Schlüsse, nur daß dieselben, wie oben ausgeführt, entsprechend den wahnhaften Grundlagen von denen geistesgesunder Individuen abweichen. Keine dieser Tätigkeiten des Intellektes ist somit wirklich erheblich vermindert, manche derselben sicherlich verstärkt; es handelt sich also nicht um einen Ausfall an Denktätigkeit, sondern um eine Änderung ihrer Richtung, eine Ablenkung gemäß den beherrschenden wahnhaften Eindrücken und Vorstellungen. Von einem Defekt ist nicht zu sprechen, folglich auch nicht von einem Schwachsinn im gewöhnlichen, oben definierten Sinne. Die Ersetzung des Ausdruckes Schwachsinn durch „Urteilsschwäche" gibt der krankhaften Seelentätigkeit des Paranoikers ebenfalls nicht den richtigen Namen. Die Urteile an sich zeigen keine Schwäche; immer wieder konnte in der Krankheitsbeschreibung die Logik des Paranoikers in seinen Urteilen, seinen Entschlüssen, seinen Handlungen betont werden. Formal sind seine Urteile durchaus ähnlich oder gleich denen des geistesgesunden Menschen, nur dadurch, daß die Vorstellungen wahnhaft, die Erfahrungen, mit denen der Paranoiker arbeitet, falsch gewertet sind, kommt es zu einem Abgleiten der Urteilsfähigkeit, die als solche keine sichtbare formale Störung zeigt. Dieselbe Ablehnung gilt dem synonymen Begriffe der „Kritiklosigkeit". Man hat auch von „Vorstellungsschwäche" gesprochen, ein Ausdruck, der keinen präzisen Begriff in sich schließt. „Schwach" ist die wahnhafte Vorstellungstätigkeit des Paranoikers keineswegs; im Gegenteil zeigt sie eine derartige Lebhaftigkeit und Überwertigkeit, daß sie die denen des Geistesgesunden ähnlichen Vorstellungen verdrängt und dadurch eine Korrektur ihrer selbst verhindert.

Unter der Einschränkung des ganzen Interessenkreises im Sinne des herrschenden Wahnsystems, wie sie in den späteren Stadien der paranoischen Erkrankung sich fortschreitend findet, leidet naturgemäß die Sammlung neuer Erfahrungen, die denen des geistesgesunden Individuums gleichen, erheblich.

Eine Lücke dürfte aber dadurch nicht entstehen, da entsprechend der Abnahme der allgemeinen Aufnahmefähigkeit für neue Erfahrungen eine immer stärkere wahnhafte Vorstellungstätigkeit einsetzt. Als Schwachsinn dürfte aber immer nur der unersetzte Ausfall von Verstandesleistungen zu betrachten sein, während bei der Paranoia nur eine Einschränkung der großen Masse der Verstandesleistungen zugunsten einer einzigen, auf dem Gebiete der Vorstellungstätigkeit liegenden Leistung, die überwertig wird, stattfindet. Die Urteilsfähigkeit erleidet auch in den späteren Stadien der Erkrankung nur eine naturgemäß immer mehr ausgesprochene Einschränkung im oben angedeuteten Sinne. Es wäre nun denkbar, daß in den Fällen, die sich im Endstadium durch die beschriebene Einförmigkeit des ganzen psychischen Geschehens herausheben, diese Einschränkung aller psychischen Funktionen außer einer einzigen ihren höchsten Grad erreichte, daß also auch hier kein unersetzter Ausfall der intellektuellen Tätigkeiten, sondern nur eine Verdrängung einzelner Gebiete durch ein einziges, enorm überwertiges statthätte. Auch auf diese Fälle würde damit die Bezeichnung „Schwachsinn" nicht passen. Daß in einer Anzahl von Paranoiafällen wohl doch eine tatsächliche Abnahme der intellektuellen Funktionen auf einer von dem Krankheitsprozeß der Paranoia verschiedenen Basis eintritt, wird weiter unten besprochen werden.

Es hat sich somit aus der Analysierung der psychischen Tätigkeit des Paranoikers kein Anlaß ergeben, das Vorliegen oder Entstehen eines Schwachsinnszustandes, erwachsen auf der Basis des Krankheitsprozesses an sich anzunehmen. In Übereinstimmung mit Kleist kann auch in einer mangelhaften Produktivität in den späteren Stadien der Paranoia kein Zustand von Demenz gesehen werden, sondern nur eine Abartung der psychischen Leistungen, deren Einengung auf ein bestimmtes Gebiet.

Die Dauer der paranoischen Erkrankung ist, wie schon gelegentlich der Besprechung der Paranoia combinatoria ausgeführt wurde, eine unbegrenzte. Fälle, deren Ablauf 20, 30, ja 40 Jahre beobachtet wurde, sind nicht selten. Das Leiden an sich verkürzt die Lebensdauer nicht, ebensowenig führt es an sich zum Tode. Wie schon der Beschreibung des Krankheitsverlaufes zu entnehmen ist, ist die Paranoia im Sinne der angegebenen Begriffsbestimmung als eine unheilbare Erkrankung zu betrachten. Schon Schüle nannte die Paranoia ein unheilbares, höchstens remittierendes Leiden, v. Krafft-Ebing und Koch betonten die Seltenheit von Heilungen, die Kirchhoff nur für scheinbare hielt. Auch Werner, Scholz, Snell bezeichneten den Ausgang der (chronischen) Paranoia in Heilung als zum mindesten sehr selten, betonen aber zum Teil die Häufigkeit von Besserungen und kurzen Remissionen. Zwar sind in der Literatur Fälle von chronischer Verrücktheit mit dem Ausgange in Genesung beschrieben worden, doch handelt es sich wohl in allen Fällen, wie z. B. in denen Kreusers nicht um einwandfreie Fälle von Paranoia im oben umgrenzten Sinne, sondern meist um langgestreckte Degenerationspsychosen, manisch-depressive Wahnbildungen usw. Auch die Fälle von Bartels und Freyberg sind nicht einwandfrei. Man kann deshalb mit Hübner feststellen, daß die Heilung eines klassischen Falles von Paranoia noch nicht beobachtet wurde und muß eine Unheilbarkeit der Erkrankung annehmen, wie es auch Kraepelin tut. Während aber der Ablauf der Paranoia im wesentlichen ein progressiv dem Ende zu-

eilender ist, kommen nicht allzu selten zeitweise Stillstände der Erkrankung oder gar Remissionen der Krankheitsintensität vor. Es ist allerdings schwer, einen derartigen wirklichen Nachlaß der Krankheitserscheinungen, vor allem in den Fällen kombinatorischer Paranoia von den Dissimulationsversuchen zu scheiden, die diese Kranken zur Erreichung irgendeines Zweckes, der Aufhebung der Entmündigung, der Wiedererlangung der Freiheit oder dergleichen unternehmen, die sie besonders in den ersten Stadien des Leidens mit äußerster Gewandtheit durchführen. Die Fälle kombinatorischer Verrücktheit pflegen wohl aus diesem Grunde derartige Remissionen viel häufiger zu zeigen als die halluzinatorischen Formen, bei denen Remissionen sehr selten sind. Stets pflegen diese Besserungen nur von kurzer Dauer zu sein, die meist irgendein psychogenes Moment beschränkt. Auf die Frage der milden und abortiv verlaufenden Wahnformen von paranoischem Gepräge ist zusammen mit der Frage nach einer akuten Paranoia unten näher einzugehen.

Die Todesursachen der Paranoiker sind, wie schon gesagt, nicht in dem Leiden selbst zu suchen, sondern in zufälligen Komplikationen, wie sie auch das psychisch gesunde Individuum in dem Alter, in dem der größte Teil derartiger Kranker stirbt, treffen, soweit nicht der allgemeine senile Marasmus das Ende herbeiführt. Schon während des Lebens weist nach eigenen Erfahrungen, denen die Kleists und Bergers im wesentlichen entsprechen, ein großer Prozentsatz der paranoisch Erkrankten in den späteren Stadien des Leidens die Erscheinungen komplizierender chronischer körperlicher Krankheiten auf. So werden Herzerkrankungen, sowohl solche des Herzmuskels wie Herzklappenfehler nicht selten bei Paranoikern gefunden, ebenso chronische Nierenentzündungen; auch die Zuckerkrankheit kann eine Komplikation bilden. Vor allem aber läßt sich in den meisten Fällen bereits während des Lebens eine Arteriosklerose, die häufig recht erhebliche Grade erreicht, nachweisen, die zweifellos in manchen Fällen wieder für die Herzerscheinungen, die Nierenerkrankungen verantwortlich zu machen ist, ebenso wie sie die Grundlage für mannigfache Erkrankungen der Sinnesorgane, vor allem in den Fällen halluzinatorischer Paranoia abgibt; die otosklerotischen Prozesse, die keine Seltenheit bei Paranoikern sind, die Kataraktbildungen hängen jedenfalls meist mit den arteriosklerotischen Veränderungen und ihren Folgeerscheinungen in anderen Organen zusammen. Daß die überaus häufigen Residuen von Hirnblutungen bzw. thrombosen fast ausschließlich auf arteriosklerotischer Basis beruhen, ist selbstverständlich.

Dieser Häufigkeit der Vereinigung des paranoischen Symptomenkomplexes mit stärkerer Arteriosklerose sind wahrscheinlich diejenigen Endformen der Paranoia schuld zu geben, bei denen sich eine so erhebliche Einschränkung des psychischen Geschehens nachweisen läßt, daß ihre Erklärung nur aus der Überwertigkeit der Vorstellungstätigkeit und der damit verbundenen Absperrung der anderen intellektuellen Vorgänge eine gezwungene erscheint. Ein Teil der in diesen Fällen nachweisbaren Symptome, so eine gewisse mehr minder große Sprunghaftigkeit und Zusammenhangslosigkeit der zum Teil wirklichkeitsfremden Wahnideen in diesen spätesten Stadien der Erkrankung, ein Teil der mangelnden Produktivität, gelegentlich nachweisbare leichte Störungen der Merkfähigkeit, die Verbindung von Denkerschwerung gemäß bestimmten Denkaufgaben mit

ideenflüchtiger Mehrleistung, auf die Kleist besonders hinweist, dürften der die psychische Erkrankung komplizierenden Sklerose der Hirnarterien zur Last zu legen sein. In diesen Fällen ist es berechtigt, von dem Bestehen eines Schwachsinnszustandes zu sprechen, der aber, worauf bereits oben hingewiesen wurde, nicht durch den paranoischen Krankheitsprozeß an sich, sondern als dessen Komplikation durch die Arteriosklerose verursacht wird. Daß in ähnlicher Weise die Erscheinungen der senilen Demenz komplizierend das Bild der Paranoia in den Endstadien stören kann, ist bei dem Alter, in dem sich die Kranken häufig befinden, ebenfalls erklärlich, doch scheint diese Komplikation in ausgesprochenem Grade äußerst selten zu sein.

Von selteneren Komplikationen sei noch eine erwähnt, weil sie immerhin einiges Interesse bietet und wiederholt beschrieben worden ist, nämlich die mit Tabes dorsalis und progressiver Paralyse. Dem großen Teile derartiger Verbindungen beider Krankheiten gegenüber ist größte Skepsis am Platze, so in dem Falle Richters, dessen Wahnideen phantastisch und unbestimmt waren, dessen System recht verwaschene Grenzen zeigte, wo zu den Wahnideen bald die ersten körperlichen Erscheinungen der Paralyse traten und etwa elf Jahre nach Beginn der wahnbildenden Psychose unter apoplektiformen Anfällen der Exitus erfolgte. Auch ein ähnlicher Fall Hougbergs, bei dem die Dementia paralytica nach neunjährigem Bestehen einer mit Wahnbildung und Sinnestäuschungen einhergehenden Erkrankung, die als Paranoia hallucinatoria angesprochen wurde, diagnostiziert werden mußte, ist nicht einwandfrei. Der Fall Sommers, in dem sich zu einer mehrere Jahre bestehenden wahnbildenden Psychose vom Charakter der Paranoia eine Tabes und in den letzten Lebensmonaten nach mehrjährigem Bestehen dieser Verbindung auch paralytische Erscheinungen hinzugesellten, ist schon eher für ein Nebeneinandervorkommen der genannten Krankheiten zu verwerten. Als beweisend für die Komplikation der Paranoia mit metasyphilitischen Erkrankungen sind vielleicht die nicht ganz seltenen Fälle anzusehen, in denen eine Tabes allein die Wahnpsychose vom Charakter der Paranoia begleitet oder eine paranoische Geistesstörung zu einer Tabes dorsalis sich hinzugesellt, ohne daß bis zum Exitus ein paralytisches Symptom sich zeigt. Ob in diesen Fällen die neuro- bzw. pyschopathische Konstitution den Boden für die spezifische und die paranoische Erkrankung abgibt, sei dahingestellt.

Der Tod erfolgt in den Fällen von Paranoia durch Versagen der meist schon lange Zeit hindurch krankhaft veränderten Organe bzw. durch interkurrente Krankheiten, wie sie auch dem geistesgesunden senilen Individuum gefährlich werden. In einem Teile der Fälle macht die Hirnblutung oder ihre Folge dem Leben des Paranoikers ein Ende, was durch die Häufigkeit arteriosklerotischer Veränderungen bei diesen Kranken sich erklärt.

Der positiven Obduktionsbefunde, soweit sie anatomische Gehirnveränderungen als die mutmaßliche Grundlage des paranoischen Krankheitsprozesses aufweisen, sind nur sehr wenige. Außer in den Fällen Meynerts, der die Paranoia von einer Atrophie des Hirnstammes und des Kleinhirns abhängig machen wollte, und Benedicts, der bestimmte Windungsanomalien des Gehirns mit dem paranoischen Symptomenkomplex in ursächliche Verbindung brachte, sind die Ergebnisse der makroskopischen wie mikroskopischen (z. B. Berger)

Hirnuntersuchung bei dieser Erkrankung, die demgemäß zu den funktionellen Geistesstörungen zu rechnen ist, negativ gewesen. Auch das Hirngewicht in Paranoia verstorbener Individuen bzw. sein Verhältnis zum Schädelrauminhalt hält sich, wie eigene Untersuchungen ergaben, durchaus in den Grenzen der für Geistesgesunde desselben Lebensalters gefundenen Größen. Die Ergebnisse der Untersuchung mittels der Abderhaldenschen Methode waren, soweit solche gemacht und veröffentlicht wurden, sämtlich negativ (z. B. Berger, Mayer). Ein Fall von „akuter Paranoia", in dem Cramer krankhafte Veränderungen des Gehirnes fand, gehört nicht zur Verrücktheit im oben umgrenzten Sinne. Allgemein wird deshalb die Ansicht ausgesprochen, daß spezielle anatomische Veränderungen des Gehirns bei der Paranoia nicht bestehen. Abgesehen ist dabei von einer Gruppe von Befunden, die fast immer erhoben werden können, den Veränderungen arteriosklerotischer Natur. Starke Sklerose der Hirngefäße, Wandveränderungen bis zu den kleinsten Ästen, Erweichungsherde im Gehirn oder doch die Residuen solcher, frische Hirnblutungen, die den Exitus herbeiführten, sind außerordentlich häufige anatomische Veränderungen, weit häufiger, auch viel stärker und früher vorhanden, als sie bei anderen in psychischen Erkrankungen Verstorbenen oder gar bei Geistesgesunden sich finden. Anschließen sich ihnen die mannigfachsten pathologischen Veränderungen in den übrigen Körperorganen, die zum Teil ebenfalls arteriosklerotischen Ursprunges sind: Herzmuskelentartung, Klappenfehler, starke periphere Arteriosklerose, Schrumpfniere, Niereninfarkte usw.

Diese Erscheinungen sind so ausgesprochen, daß sie bereits von Seelert zur Erklärung des paranoischen Krankheitsprozesses herangezogen worden sind. Seelert schließt, daß im Hinblick auf die bei fast allen dieser Kranken in Erscheinung tretenden zerebralen Symptome organischer Genese und unter Berücksichtigung der bei vielen dieser Kranken nachgewiesenen abnormen psychischen Konstitution mit Äußerungen auf affektivem Gebiete, sowie unter Berücksichtigung der engen symptomatologischen Beziehungen zwischen dem Krankheitsbilde der Psychose und den abnormen Wesenszügen der endogenen Veranlagung daran zu denken ist, daß die Symptomatologie dieser paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters eine endogen bedingte individuelle Reaktionsform auf einen langsam verlaufenden zerebralen Prozeß darstellt, wobei er in erster Linie an die Arteriosklerose denkt.

Es ist bereits an anderer Stelle auf die vielen gemeinsamen Züge hingewiesen worden, die das Denken und Fühlen des Paranoikers mit dem des alternden Menschen hat. Es wurde dort die Parallele gezogen zwischen der starken egozentrischen Einengung des Interessenkreises und den daraus folgenden Veränderungen der gesamten Persönlichkeit, wie sie sich im normalen Senium findet, und dem gleichen Vorgange in der Paranoia. Die Neigung zu Unbelehrbarkeit und Rechthaberei, die mangelnde Fähigkeit zur Korrektur einmal haftender Vorstellungen durch neue Eindrücke, das Mißtrauen, das häufig durch die Abnahme der Funktionen der Sinnesorgane unterstützt wird, das Kleben an den alt erworbenen Vorstellungskomplexen mit der damit zusammenhängenden Überschätzung früherer Erfahrungen und vergangener Zeiten, kurz die langsam fortschreitende allgemeine Erstarrung alles psychischen Geschehens, die die Unfähigkeit, neue Eindrücke aufzunehmen, mit den alten zu verbinden und damit neue Erfah-

rungen dem Wissensschatze einzuverleiben, mit der Neigung zu dem Gefühl der Zurücksetzung, entsprungen aus einer gewissen Einsicht in die Abnahme der psychischen Funktionen bei leicht gehobenem Selbstgefühl verbindet, gibt dem alternden Individuum zu einer Zeit, wo bereits die psychische Lebendigkeit nachläßt, die Stärke der Affekte abnimmt, das Gefühl des Schwindens der körperlichen Kräfte den Menschen lähmt, Wesenszüge, die in ganz ähnlicher Form dem Paranoiker noch auf der Höhe seiner intellektuellen Fähigkeiten und körperlichen Kräfte, besonders im Vollbesitze der Ansprechbarkeit seiner Affektivität eigen sind. Dem Festklammern an den alteingewurzelten Erfahrungen und Vorstellungen des Seniums entspricht im Bilde der Paranoia die einseitige Verbohrtheit in die wahnhaften Ideen, die Neigung zum Gefühle der Zurücksetzung wird zum Verfolgungswahn, das Mißtrauen des Senilen führt beim Paranoiker zu Beziehungsideen, die Rechthaberei wird zu Selbstüberschätzungsvorstellungen und querulatorischen Tendenzen. Alle Erscheinungen entstehen in beiden Zuständen auf dem Boden einer starken Einschränkung des geistigen Horizontes, die im egozentrischen Sinne vor sich geht.

Es scheint deshalb nicht, wie Kraepelin u. a. annehmen, ein krankhaftes Verharren der Psyche auf der Stufe kindlicher Denkgewohnheiten, eine mangelnde Reifung der geistigen Persönlichkeit, mit anderen Worten eine psychische Mißbildung, die unter dem Einflusse der Lebensreize bestimmte Umwandlungen erfährt, dem paranoischen Krankheitsprozeß zugrunde zu liegen, sondern im Gegenteil ist die Paranoia als eine frühzeitige oder doch übermäßig stark entwickelte Alterserscheinung anzusehen, die der vorzeitige Aufbruch der Lebenskräfte, die mangelhafte Regenerationsfähigkeit des Organismus zustande bringt. Diese vorzeitige Abnutzung wieder ist nicht die Folge gesteigerter Lebensvorgänge, wie sie wohl zum Teil für die pathologisch starke Ausprägung der senilen psychischen wie körperlichen Erscheinungen verantwortlich gemacht werden kann, sondern eine Folge der mangelhaften Anlage des Organes unserer Psyche, wie sie bereits in jungen Jahren in der psychopathischen, speziell paranoischen Konstitution sich kundgibt, die schon unter dem Einfluß normaler psychischer Insulte, die der Kampf ums Dasein mit sich bringt, je nach der Stärke der psychopathischen Veranlagung früher oder später eintreten kann. Eine solche Abnutzung ist bei diesen Individuen aber nicht nur auf dem Gebiete der psychischen Funktionen, deren Sitz man in der Hirnrinde zu vermuten berechtigt ist, zu konstatieren, sondern auf dem Gebiete aller oder der Mehrzahl der Körperorgane deutlich, vor allem auch an den Gefäßen, deren sklerotische Veränderungen wieder aus einer kongenitalen mangelhaften Anlage des ganzen Systems zu erklären ist, so daß die häufige, oft prämature Arteriosklerose und die paranoische Erkrankung als einander parallel verlaufende Äußerungen der gleichen angeborenen Mangelhaftigkeit der Anlage zu betrachten sind, nicht etwa die Arteriosklerose die Grundlage für die Paranoia abgibt, wofür auch die Unterschiede, die das psychische Krankheitsbild, wie es reinen arteriosklerotischen Hirnveränderungen entspricht, von der Paranoia aufweist, sprechen. Daß andererseits die heftigen Gemütsschwankungen, die den Verlauf der Paranoia kennzeichnen, ihrerseits ein ursächliches Moment für die Entstehung der Atherosklerose mit abgeben, ist nach unserer Kenntnis von der Abhängigkeit stärkerer Gefäßdruckschwankungen von psychischen Prozessen wohl möglich, genügt aber allein nicht zu ihrer Erklärung.

Die Paranoia in der hier angenommenen Umgrenzung ist demnach als eine prämature Alterserscheinung zu betrachten, entstanden durch eine mangelhafte Fähigkeit des Organismus, den durch die gewöhnlichen Lebensvorgänge entstandenen Aufbruch an Gehirnsubstanz durch regenerative Prozesse auszugleichen, die ihrerseits wieder auf einer angeborenen fehlerhaften Anlage des Zentralnervensystems (wie sämtlicher Körperorgane), die eine geringere Widerstandskraft im Kampfe ums Dasein mit sich bringt, beruht.

Die Behandlung.

Die ausgebildete Paranoia muß, wie bereits oben gesagt, als ein unheilbares Leiden betrachtet werden. Gemäß der angenommenen Ätiologie und der Art des Krankheitsprozesses kann von einer medikamentösen usw. Behandlung nichts erwartet werden. Neben der symptomatischen Behandlung und der Frage nach der Zweckmäßigkeit der Unterbringung in einer offenen oder geschlossenen Pflegeanstalt ist an dieser Stelle vor allem die Möglichkeit vorbeugender Maßnahmen ins Auge zu fassen.

Die Forderungen einer Hygiene des Nervensystems können sich naturgemäß nur auf Maßregeln erstrecken, die einmal eine psychische Abhärtung, eine langsame Vorbereitung und Gewöhnung an die Einbrüche, die unserer Psyche im Lebenskampfe drohen, erstreben, andererseits eine Schonung der psychischen Leistungsfähigkeit zum Zwecke haben. Für beide Punkte, besonders den ersteren ist die Jugend des Individuums, die Lehrzeit im weitesten Sinne, vor allem bereits die Kindheit, in der es noch im Schutze und unter der Aufsicht des Elternhauses steht, am geeignetsten, in ihr muß es an das Gemeinschaftsleben, das später von ihm gefordert wird, gewöhnt, muß seinem Denken eine Richtung gegeben werden, die ihm die Einfügung in das Getriebe des staatlichen Gemeinwesens ermöglicht, muß es lernen, asoziale bzw. antisoziale Eigenschaften zu unterdrücken und sich den sittlichen Anschauungen seiner Umgebung anzupassen. Die Wege, die dem Erzieher zur Erreichung dieses Endzweckes zur Verfügung stehen, die Möglichkeiten, die Psyche des Kindes und Jugendlichen zu stählen, decken sich mit den Lehren der psychischen Hygiene für die Erziehung psychopathischer bzw. neuropathischer Individuen überhaupt, wie sie von berufenerer Seite aufgestellt wurden. Als für die Unterdrückung und Eindämmung der paranoischen Konstitution an sich wichtig seien aber doch einige Gesichtspunkte im folgenden besonders hervorgehoben.

Der erste Punkt betrifft die Notwendigkeit, schon das Kind von der eigenen Person abzulenken. Die egozentrische Einengung der Interessensphäre fanden wir als vor allem die paranoische Konstitution kennzeichnend, ihre krankhafte Ausbildung besonders die Erscheinungen der Paranoia als solcher vermittelnd. Dieses Hervortreten des eigenen Ich unter teilweiser Verdrängung altruistischer Gedankengänge ist nicht nur bei den hochmütigen, herrischen Naturen, den empfindlichen, leicht verletzten, mißtrauischen, den grüblerischen, frömmelnden, ebenso den verschlossenen, einsamen Menschen grundlegend, sondern es bildet sich auch bei den schüchternen, bescheidenen Individuen heraus, bei denen der Hang zur Träumerei und zum ungezügelten Walten der Phantasie der Beschäftigung mit dem eigenen Ich Vorschub leistet. Gerade diese letzteren Wesenszüge sind zweifellos vielen derartigen Individuen äußerst verderblich; sie müssen in

späterer Zeit zu Konflikten mit der Umgebung, zu unangenehmen Lebenslagen führen, sobald die soziale Position dem Individuum nicht eine dauernde Beschäftigung nach seinem Sinne ohne den Zwang, für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen, gestattet. Die Bevorzugung einer egozentrische Gedankengänge fördernden Beschäftigung, von Spielen, die die eigene Person zum Mittelpunkte des Denkens und auch des äußeren Kreises machen, die zum Teil ja als physiologischer Bestandteil der psychischen Leistungen des Kindes anzunehmen ist, muß demnach mit allen Mitteln hintangehalten werden. Dazu gehört nicht zum wenigsten, daß dem Kinde ausreichende Gelegenheit geboten wird, sich durch den Verkehr mit Altersgenossen andere, von den eigenen abweichende Denkrichtungen zugänglich zu machen, daß unter Umständen auch durch Anwendung eines gewissen Zwanges die dauernde Beschäftigung, das dauernde Spiel nur mit sich selbst verhindert wird. Das Kind, das mit Altersgenossen herumtollt, sich auch einmal an weniger passende Elemente anschließt, hat viel mehr Gelegenheit, sich für das Gemeinschaftsleben, das seiner wartet, vorzubereiten, ihm wird die Anpassung an andere, oft unter Hintansetzung der eigenen Wünsche und Strebungen, wesentlich erleichtert, es wird weniger egoistisch denken lernen, ohne daß es darum seine Individualität gänzlich zu verlieren braucht. Vor allem aber werden soviel Eindrücke aus den verschiedenen Gebieten, auch unangenehmer Art auf sein Gemüt einstürmen, daß es zu einem träumerischen Sicheinspinnen in die eigenen Lieblingsgedanken, in die Produkte der eigenen Phantasie nicht kommt, und, wenn ihm auch das Gefühl, das den Menschen zu seinesgleichen treibt, nicht eingeimpft werden kann, so wird es doch die Sperrungen, die es dem ihm innewohnenden dunklen Drange nach Geselligkeit entgegensetzt, überwinden, das Gemeinschaftsleben als ein unvermeidliches Übel betrachten und ertragen lernen. Falsch ist es sicher, vom Kinde, vor allem auch vom Psychopathen alle peinlichen und unangenehmen Eindrücke fernzuhalten, womit immer eine Einseitigkeit des Urteils gezüchtet wird, die wieder einseitige Vorstellungen von Gut und Böse, von der Umwelt hervorruft; durch die nach und nach gesammelten Erfahrungen auch unangenehmerer Art in der Kindheit abgehärtet, werden die Individuen befähigt, die Summe der im späteren Leben sicher eintretenden Konflikte mit der Umgebung zu verarbeiten und nicht dadurch erschreckt und verbittert in paranoische Denkrichtungen flüchten.

Die gleichen Gesichtspunkte haben natürlich in noch verstärktem Maße für die spätere Kindheit, die Lernzeit, Geltung, für die Zeit, in der die ersten Stürme des Lebens das der dauernden Obhut der Eltern entwachsende Individuum treffen, in denen es gezwungen ist, mehr und mehr auf eigenen Füßen zu stehen. Zugleich gibt während dieses Lebensabschnittes die Schule Gelegenheit zu einseitiger Gedankenkonzentration, vor allem in einer Zeit, wo die Gefahr besteht, daß halb- oder mißverstandene Begriffe auf die Denkvorgänge des jugendlichen Psychopathen einen über Gebühr großen Einfluß gewinnen. Die Ablenkung von zu intensiver Beschäftigung mit einem bestimmten Fache, aus dem später das paranoische Lieblingsstudium, die paranoische Sammelwut entsteht, aus dem die paranoischen Größenideen genommen werden, ist dringend erforderlich, wobei ein Einblick auch in ferner liegende Gebiete menschlicher Tätigkeit, Handwerke, Künste und dergleichen ein geeignetes Ablenkungsmittel und damit einen Schutz gegen alle Einseitigkeit, die derartigen Individuen schadet, darstellt.

Zu den wichtigsten Aufgaben der psychischen Hygiene gehört bei diesen paranoischen Konstitutionen ferner die bereits frühzeitige Beeinflussung der Affektivität, entsprechend der hohen Bedeutung, die der Gefühlsbetonung in der Paranoia zuerkannt werden mußte. Ein mildernder Einfluß auf die Affektausbrüche des Kindes in Güte oder auch mit Strenge am rechten Orte, die Erziehung zur Selbstbeherrschung, ohne dabei die affektive Spannung ganz zu unterdrücken, vor allem die Verminderung der affektiven Komponenten, soweit sie mit dem eigenen Ich in Verbindung stehen, ist als das erstrebenswerte Ziel zu betrachten. Auch hierbei hat die Erziehung schon in der frühesten Kindheit zu beginnen, auch hier wird der Verkehr mit Altersgenossen vor allem mildernden Einfluß ausüben, werden auch die das Individuum treffenden unangenehmen Erfahrungen besonders wohltätig einwirken. Anzuschließen ist der Einwirkung auf die Affektivität die Erziehung zur Selbständigkeit, mit der ein erhebliches Maß von affektiver Gleichmäßigkeit notwendig verbunden ist.

Von größter Bedeutung ist für den Psychopathen überhaupt, die paranoischen Konstitutionen im besonderen schon in jungen Jahren die Regelung der Lektüre. Alles, was geeignet ist, einmal Affektstürme im Kinde zu erregen, andererseits die an sich lebhafte Einbildungskraft zu verstärken, zu Träumereien und phantastischen Gedankengängen zu führen, endlich jede einseitige Lektüre ist für derartige Individuen ungeeignet. Die Auswahl, die unsere Jugendschriften bieten, ist eine so reichhaltige, daß es Eltern und Erziehern ein leichtes ist, gerade das für das spezielle kindliche Gemüt Passende herauszufinden. Dieses Passende liegt aber häufig nicht in dem, was das Kind sich wünscht, wonach es strebt; eine einseitige Lektüre, wie sie derartige Kinder erstreben, kann nur berufen sein, der angeborenen einseitigen Denkrichtung Stoff zu neuen Gedankengängen zu geben und damit die Anlage zu verstärken. Das gilt sowohl von den auf Märchenerzählungen, später auf Räuber- und Indianergeschichten erpichten Kindern, wie den einseitig andere Gebiete unserer Literatur verschlingenden Individuen. Hier sollte die Erziehung eingreifen, nicht blind den Wünschen des Kindes folgen, sondern in verständiger Auswahl aus dem reichen Materiale richtunggebend in den Geschmack des Kindes eingreifen, vor allem durch eine größere Mannigfaltigkeit und größeren Wechsel der Art der Lektüre, die die Geschichte und die verschiedenen Gebiete der Naturwissenschaft bereits früh in den Gesichtskreis des Kindes einzuführen hat, der Einseitigkeit der Neigungen und Geschmacksrichtung vorbeugen und so verhindern, daß gewisse Gebiete im Vorstellungsleben, die durch die Anlage bereits zur Überwertigkeit neigen, dauernd neue Nahrung erhalten, damit weiter ausgebildet und mit besonders starken Affekten versehen werden. Daß dem Anschauungsunterricht mit seiner lebhaften Anregung zur Sammlung der verschiedenartigsten Erfahrungen ein hervorragender Platz im Unterrichte derartiger Individuen gebührt, ist leicht erklärlich.

Die Erziehung solcher psychopathischen Kinder hat demnach im wesentlichen eine ausgleichende Wirkung auszuüben, den in der Anlage begründeten Strebungen andere entgegenzusetzen, die jene mildern und unschädlich machen. Die größte Gefahr, der Paranoia zuzutreiben, liegt aber in der Zeit nach der Kindheit, wo die Individuen in die Lage kommen, auf eigenen Füßen stehen, ihren Lebensunterhalt erwerben, den Daseinskampf führen zu müssen. Für diese

Zeit wird man ihnen in vielen Fällen noch einen Halt durch die Wahl eines geeigneten Berufes mitgeben können. Auch hierfür gelten die gleichen Gesichtspunkte, wie sie als für die Erziehung des Kindes maßgebend erörtert wurden. Jeder Beruf, der die Neigung zur Einseitigkeit, zu grüblerischer Beschäftigung, zur Anspannung des gesamten Denkvermögens in einer einzigen Richtung in sich trägt, ist für diese Individuen unangebracht. Dahin gehört jede Tätigkeit, die nicht ausgesprochen praktische Tendenzen verfolgt, in gewissem Grade schon das Studium, mehr noch die gelehrten Berufe, rein wissenschaftliche Beschäftigung, die zudem den Hang zur Einsamkeit mancher paranoischer Psychopathen unterstützt. Berufe, die das Individuum in einem dauernden Verkehr mit der Mitwelt erhalten, dabei keine allzu große Verantwortlichkeit in sich bergen, dürften die geeignetsten sein; vor allem kommen dabei die praktischen Berufe in Frage. Andererseits ist die Anleitung zu einer regelmäßigen beruflichen Beschäftigung mit einem bestimmten Kreise von Pflichten von größtem Nutzen, wichtig auch für den weiblichen Teil derartiger Psychopathen, die, ungeeignet zur Ehe, besonders in den besseren Ständen schon aus Mangel an der Ablenkung, die die Berufsarbeit gewährt, zum grüblerischen Nachdenken über ihre Lage und zum paranoischen Ausspinnen ihrer Verhältnisse kommen. Hierin, im Verein mit der früheren eigenartigen Erziehungsform der weiblichen Jugend, die die Unselbständigkeit direkt großzog, und in dem Falle, daß das Ziel dieser Erziehung, die Ehe, derartigen Individuen versagt blieb, sie unbefriedigt, verbittert durch das Mißgeschick der Ehelosigkeit einem altjungferlichen, zimperlichen Wesen mit Neigung zu Beziehungsideen und wirklichkeitsfremden Träumereien überlieferte, ist auch der Grund für das starke Überwiegen des Ledigenstandes unter den weiblichen Paranoikern zu suchen.

Die Wahl des Berufes regt zur Besprechung der Forderung möglichster psychischer Schonung derartiger Individuen an. Es ist für sie viel besser, wenn ihr Wissen und Können mehr an der Oberfläche bleibt, die Intensität der Beschäftigung mit den einzelnen Disziplinen nicht zu hohe Grade erreicht. Daneben ist jede geistige Überanstrengung ebenso wie jede gemütliche Erschütterung von Nachteil, da gemäß der gegebenen Theorie des Krankheitsprozesses als vorzeitiger Alterserscheinung dem allzu raschen Aufbrauch der psychischen Kräfte nach Möglichkeit vorgebeugt werden muß.

Mit den skizzierten psychischen Vorbeugungsmaßregeln ist sicher nicht in allen Fällen das Entstehen der paranoischen Erkrankung zu verhindern, aber es ist doch anzunehmen, daß mit einer sachgemäßen Erziehung der großen Masse unserer psychopathischen Kinder auch die ausgebildete Paranoia seltener wird; es dürfte häufig doch gelingen, der paranoischen Konstitution soviel von ihrer Eigenart zu nehmen, den Haushalt der psychischen Kräfte derart zu regeln, daß das Individuum sich zum mindesten sein ganzes Leben hindurch auf einer erträglichen Stufe paranoischer Eigenheiten hält, die ihm erlaubt, noch ein brauchbares Glied der menschlichen Gesellschaft abzugeben.

Einer symptomatologischen Behandlung bedürfen im Krankheitsverlaufe der Paranoia im wesentlichen nur die interkurrenten Erregungszustände. Meist wird es gelingen, durch Bettruhe und größere Dosen Brom, die sich außerordentlich zu bewähren pflegen, diese Zustände abzukürzen bzw. ihnen vorzubeugen. Von den Brompräparaten hat das Sedobrol neben der prompten Bromwirkung

den Vorzug, daß es dem Kranken beigebracht werden kann, ohne daß durch den Widerstand gegen das Einnehmen einer Medizin, die meistens mit der Begründung der völligen Gesundheit abgelehnt wird, die Erregung noch verstärkt wird, bzw. zu den schon vorhandenen Beeinträchtigungsideen noch solche der Vergiftung kommen, soweit nicht die schon bestehenden Vergiftungsvorstellungen vermehrt werden. In den höhergradigen Erregungszuständen muß man Veronal oder ein ähnliches Mittel geben, daneben strenge Bettruhe, wenn möglich im Einzelzimmer, die namentlich bei halluzinierenden Kranken durch den Mangel äußerer Sinneseindrücke sehr günstig wirkt, anordnen. Auf die Bestrebungen der Psychanalytiker, die Paranoia durch psychische Beeinflussung, durch die Überredungskunst zu heilen, braucht unter Hinweis auf frühere Ausführungen nicht eingegangen zu werden.

Nur in einem Teile der Paranoiafälle ist die Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt notwendig. Ganz allgemein muß gesagt werden, daß die Unterbringung in der geschlossenen Anstalt und die Zurückhaltung in ihr auf den Paranoiker durchaus ungünstig einwirkt. Er erhält durch die Tatsache der Anstaltsinternierung selbst in den allermeisten Fällen den Grund zur Ausbildung neuer Beeinträchtigungsideen, die gemäß der einschneidenden Wirkung, die die Anstaltsaufnahme mit ihren gesetzlichen Folgen, vor allem der großen Beschränkung des Selbstbestimmungsrechtes, die diesen Kranken völlig klar sind, bedeutet, meist lebhafte Erregungszustände hervorrufen bzw. die Erregung, derentwegen die Internierung erfolgen mußte, noch zu verstärken pflegen. Aber auch später wirkt der Anstaltsaufenthalt absolut schädlich auf derartige Individuen ein; es ist unvermeidlich, daß sie mit ihren Verfolgungs-, besonders aber mit ihren Größenideen ihrer Umgebung lästig fallen, bei ihr Anstoß erregen oder ihren Spott herausfordern, daß daraus mannigfache Konflikte resultieren, die geeignet sind, das an sich schon stets sehr labile Gleichgewicht der Kranken zu stören. Daß der notgedrungen enge Verkehr mit einer größeren Anzahl von Menschen ebenfalls schädlich auf den Paranoiker einwirkt, ist verständlich. Die Beruhigung, die der nivellierende Einfluß des gleichmäßigen Getriebes einer Pflegeanstalt auf die Kranken ausüben kann, vermag den Grund zu dauernder Erregung, der in der wider den Willen des Individuums erfolgenden Zurückhaltung in ihr, die wahnhaft ausgebeutet wird, liegt, nicht aufzuwiegen. Derartige Kranke stellen deshalb meist die schwierigsten Elemente unserer Anstalten dar mit ihrem dauernden Querulieren, ihrer Neigung zum Hetzen, ihren raffinierten Ausbruchsversuchen.

Die Anstaltsaufnahme wird je nach der Art des Wahnes früher oder später in Frage gezogen werden müssen. Je nach dem Hervortreten, der Lebhaftigkeit und der Affektstärke der Beeinträchtigungsvorstellungen wird das Individuum kürzere oder längere Zeit sich in der Freiheit zu halten vermögen. Auch die Wahnrichtung und -form ist oft ausschlaggebend. Der eifersuchtswahnsinnige Ehegatte wird für seine Familie viel eher unerträglich werden als die alleinstehende Paranoikerin mit allgemeinen Verfolgungsideen für ihre Umgebung; der Größenwahnsinnige wird im allgemeinen viel länger in der Freiheit zu ertragen sein als der angriffsfreudige Verfolgungswahnsinnige, der persécuté persécuteur Magnans. Der Querulant endlich wird mit seiner oft gegen die Staatsgesetze und die staatliche Ordnung verstoßenden Handlungsweise weit eher der polizeilichen Einweisung in die geschlossene Anstalt anheimfallen als

der harmlose Verfolgungs- oder Größenwahnsinnige ohne querulierende Tendenzen. Es ist deshalb in hohem Grade von der Art und Richtung des Wahnes abhängig, ob sich das paranoische Individuum dauernd in der Freiheit zu halten vermag, ob erst nach jahrelangem Fortschreiten der Erkrankung die Einweisung in die Anstalt notwendig wird, ob endlich dieselbe bereits nach kurzem Bestehen des Wahnes erfolgen muß. Ein weiteres Moment, das die Frage nach der Notwendigkeit der Anstaltsinternierung oft entscheidet, ist die soziale Lage des Kranken. Individuen, die gezwungen sind, sich trotz ihrer paranoischen Erkrankung ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen, werden mit der Unfähigkeit dazu, die ihrerseits wieder eine Summe von Wahnideen zu bedingen vermag, der Armenpflege und damit der Irrenanstalt verfallen, während andererseits Individuen mit derselben Wahnform in entsprechender Vermögenslage, soweit durch einsichtige Verwandte oder Pfleger die nötige Aufsicht und Sorge für sie ausgeübt wird, bis an ihr Lebensende in der Freiheit bzw. im offenen Sanatorium gehalten werden können. Endlich wird die Notwendigkeit des Anstaltsaufenthaltes in etwa abhängig sein von dem Verlaufe der Erkrankung, besonders von dem Auftreten oder Ausbleiben stärkerer Erregungszustände oder doch der Häufigkeit derselben. Die größere Lebhaftigkeit, mit der die Wahnvorstellungen sich in diesen interkurrenten Zuständen in den Vordergrund drängen, vor allem die Neigung zu Affekthandlungen in ihnen, die bis zur Gewalttat gehen können, geben in den meisten Fällen den letzten Anstoß zur Einweisung in die Pflegeanstalt. Der letztere Umstand ist wohl auch der Grund dafür, daß die Kranken mit rein kombinatorischem Wahnsystem sich durchschnittlich länger in der Freiheit zu halten vermögen als diejenigen mit Halluzinationen oder auch die Querulanten, weil in den beiden letzteren Gruppen, wie bei der Besprechung der Krankheitserscheinungen ausführlicher geschildert wurde, weit eher Erregungszustände das eintönige Krankheitsbild zu unterbrechen pflegen, überhaupt die Affektivität eine viel lebhaftere ist als bei den kombinatorischen Paranoikern. Diese Tatsache, besonders daß halluzinierende Paranoiker weit früher der Irrenanstalt zugeführt werden müssen als solche mit rein kombinatorischer Wahnbildung dürfte auch den Unterschied erklären, den die nachfolgende eigene Zusammenstellung über die Dauer der Erkrankung bis zur Notwendigkeit der erstmaligen Anstaltsaufnahme gegenüber der Kraepelins zeigt:

Kraepelin:	Dauer	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14	17	21	26	41	44 Jahre
	Fälle	6	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	
Eigene Beobachtungen:	Dauer	1	2	3	4	5	6	8	9	10	12	18	21	28	34	Jahre
	Fälle	6	7	5	2	2	3	4	1	5	1	1	1	1	1	

Wenn Kraepelin fand, daß die Hälfte der Kranken mehr als 9 Jahre trotz ihrer Paranoia ungestört in der Freiheit leben konnte, so ergibt die eigene Beobachtungsreihe, daß doch ein recht erheblicher Teil (fast die Hälfte) in den ersten 3 Jahren nach dem feststellbaren Ausbruch der Erkrankung der Pflege der geschlossenen Anstalt bedurfte. Daß Daten über den eigentlichen Krankheitsausbruch oft schwer sicherzustellen sind, ist bereits oben wiederholt betont worden. Immerhin ergibt sich aus beiden Zusammenstellungen, daß eine recht erhebliche Anzahl von Paranoikern der Anstaltspflege erst nach langjähriger

Erkrankung bedarf, wobei noch hervorzuheben ist, daß oft nicht die Unerträglichkeit des Wahnes bzw. der ihm entspringenden Handlungsweise für die Umgebung den letzten Grund zur Einweisung in die Anstalt abgibt, sondern die sozialen Momente, die Unfähigkeit zum selbständigen Broterwerb, der Mangel an Obhut in der Familie usw. sie erzwingen.

Ein Teil der Paranoiker ist in beiden Beziehungen so gut gestellt, daß er sich bis an sein Lebensende in der Freiheit zu halten vermag. Es gehört dazu einmal eine günstige soziale Lage, andererseits ist es außer von der Wahnform oft auch von äußeren Umständen, dem Verständnisse, das die Behörden, die Richter dem Querulanten entgegenbringen, der Nachsicht, die die Polizeiorgane üben, dem guten Willen mitleidsvoller Anwohner, vor allem dem Verständnisse und der Sorgfalt der Angehörigen abhängig, daß ortsbekannte Verrückte vor dem Irrenhause bewahrt werden. Diese Möglichkeit, derartige Kranke in sehr vielen Fällen in Freiheit zu halten, sie oft auch in nutzbringender Tätigkeit zu erhalten, allem Anscheine nach bei gleichmäßigerer Affektivität als es in der geschlossenen Anstalt möglich ist, die vielen Reibungsflächen, die die letztere bietet, zu vermeiden, gibt uns immer wieder für die Behandlung den Hinweis, derartigen Kranken die Internierung nach Möglichkeit zu ersparen, bzw. wenn sie aus irgendeinem Grunde unvermeidlich war, bei einigermaßen günstigen Bedingungen zu versuchen, sie der Freiheit zurückzugeben und in ihr zu erhalten. In vielen Fällen braucht der Anstaltsaufenthalt nur als eine Zeit der Erziehung angesehen zu werden, in der der Paranoiker, gewarnt und gewitzigt durch die ihm äußerst peinliche Erfahrung, lernt, die Herrschaft über seine wahnhaften Gedankengänge, die ihm verloren gegangen war oder verloren zu gehen drohte, wiederzugewinnen und sich unter mißlicheren und unangenehmeren Verhältnissen, als die Freiheit sie ihm bot, zu erhalten. Daß der Paranoiker den Anstaltsaufenthalt häufig auch selbst so auffaßt, beweisen die vielfachen Dissimulationsversuche, die er zur Wiedergewinnung seiner Freiheit in außerordentlich geschickter Weise durchzuführen versteht. Die Wahnideen wird man auch durch einen längeren Aufenthalt in der Anstalt keinem Paranoiker nehmen oder auch nur vermindern und mildern können, nur die Beherrschung seiner krankhaften Vorstellungen kann man ihm dadurch in vielen Fällen erleichtern.

Aus diesem Grunde ist es auch die Regel, daß halluzinierende und querulierende Paranoiker weit häufiger, weit eher und meist dauernd der Irrenanstaltspflege anheimfallen. Bei ihnen ist durch die im Vergleiche mit der kombinatorischen Form der Erkrankung viel größere Lebhaftigkeit der Affektivität, die bei den einen durch die Trugwahrnehmungen, bei den anderen durch die spezielle querulierende Tendenz unterhalten wird, eine derartige Herrschaft des Individuums über seinen Wahn viel seltener und später zu erwarten. Man wird ihnen deshalb die Internierung in einer Anstalt weit seltener ersparen können, wird auch viel seltener zu einer versuchsweisen Entlassung aus derselben und Zurücknahme in die Freiheit raten dürfen als bei den Fällen rein kombinatorischer Wahnentwicklung. Trotzdem ist auch hier als Leitsatz für den Irrenarzt hinzustellen, daß die Einweisung in die geschlossene Anstalt und der Aufenthalt in ihr auf den Paranoiker in jüngerem Stadium stets ungünstig einwirkt, daß man alles versuchen soll, ihm die Einlieferung zu ersparen oder ihn doch nach mehr minder langem Aufenthalt in der Anstalt der Freiheit zurückzugeben.

Gerichtliches.

Konflikte mit dem Strafgesetz sind bei Paranoikern auch abgesehen von der querulatorischen Form nicht selten. Einmal geben die wahnhaften Verfolgungen gelegentlich Anlaß zu Beleidigungen, Verleumdungen der Gegner, tätlichen Angriffen und Gewalttaten gegen sie, andererseits erwachsen auf der Grundlage der Größenideen die mannigfachsten Delikte, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Majestätsbeleidigung, Religionsfrevel bis herab zur Hochstapelei und zum Betruge. Die Frage der Anwendbarkeit des § 51 RStGB. liegt sehr einfach in den Fällen, in denen das Delikt eine Äußerung des Wahnes selbst ist, im Wahne seine Begründung hat: der Paranoiker ist in diesem Falle als geisteskrank im Sinne des Gesetzes zu erachten. Schwierigkeiten können unter Umständen bei Straftaten entstehen, bei denen eine direkte Verbindung mit dem Wahne nicht konstruierbar erscheint, gemäß des logischen, dem des Geistesgesunden gleichen oder ähnlichen Urteils, das der Paranoiker in seinem Wahne ferner liegenden Dingen in den früheren Krankheitsstadien aufzuweisen pflegt. Der einwandfreie Nachweis, daß eine Paranoia in oben definierter Umgrenzung vorliegt, dürfte auch dann genügen, die Anwendung des § 51 dem Gerichte zu empfehlen, da die paranoische Veränderung der Vorstellungen eine Summe von krankhaften psychischen Eindrücken dem Individuum zuführt, andererseits eine Summe von normalen Erfahrungen verhindert, so daß ein wirkliches genaues Abschätzen des verbliebenen, in die Gesundheitsbreite fallenden Geistesrestes nicht mit Sicherheit möglich ist. Der Paranoiker im oben umgrenzten Sinne ist deshalb für in die Zeit der offenbaren Krankheit fallende Straftaten stets als geisteskrank im Sinne des § 51 RStGB. zu betrachten.

Schwieriger liegt die Frage nach der Anwendbarkeit des Paragraphen in den Fällen, in denen die Frage gestellt ist, ob sein Schutz einem derartigen Kranken nachträglich für Jahre zurückliegende Vergehen zuzubilligen ist, vor allem in den Fällen, in denen wesentliche vermögensrechtliche Folgen diesen Delikten anhängen. Die Schwierigkeit, den Zeitpunkt des sicheren Beginnes der Paranoia, vor allem in den meist eine besonders schleichende Wahngenese zeigenden kombinatorischen Fällen zu bestimmen, ist wiederholt betont worden. Sofern nun in diesen Fällen die strafbare Handlung als ein Ausfluß des später und besonders zur Zeit der psychiatrischen Beobachtung zweifelsfrei bestehenden Wahnsystemes angesehen werden kann, ist die Frage noch verhältnismäßig klar und bei Vorliegen einiger Anhaltspunkte für das Bestehen einer psychischen Alteration zur Zeit der Straftat der Schutz des § 51 zuzubilligen. In den Fällen aber, in denen die frühere Straftat mit dem späteren Wahne gar keine oder keine genügenden Beziehungen hat, ist, sofern nicht aus anderen Gründen das Bestehen einer ausgebildeten Geisteskrankheit zu damaliger Zeit sicher gestellt werden kann, die Nichtanwendbarkeit des Paragraphen auszusprechen, beziehungsweise die Entscheidung darüber offen zu lassen.

Der Beweis des Vorliegens einer Geisteskrankheit ist dem Richter durch die Feststellung des Bestehens eines Systemes untereinander zusammenhängender, unkorrigierbarer Vorstellungen der Beeinträchtigung oder der Größe zu führen; daneben ist deren Maßlosigkeit und die krankhafte Einschränkung des Interessenkreises mit ihren Folgen zu betonen. In den Fällen halluzinierender Paranoia

wird der Nachweis von Trugwahrnehmungen den einleuchtendsten Beweis für das Bestehen des Krankheitszustandes abgeben. Recht schwierig kann es sein, dem Richter das Vorliegen einer querulierenden Paranoia in den früheren Stadien zu beweisen. Die Kranken machen auf den psychiatrischen Laien einen derart überzeugenden Eindruck geistiger Gesundheit, sie wissen sich so gewandt zu verteidigen, sprachlicher und schriftlicher Ausdruck zeigen abgesehen von gelegentlichen Übertreibungen, Beleidigungen der Gegner und einer gewissen Eintönigkeit des Inhaltes eine solche Summe intellektueller Fähigkeiten, daß die Krankheit darunter völlig verschwindet, daß der Wahn sich dem Auge verbirgt. Es ist deshalb die Regel, daß der Querulantenwahnsinn meist verhältnismäßig spät erkannt und das Individuum erst spät dem Irrenarzte statt des Richters, der Pflegeanstalt anstatt des Gefängnisses zugeführt wird. Die Scheidung des querulierenden Paranoikers vom Geistesgesunden bzw. Psychopathen mit querulierenden Tendenzen ist vor dem Forum deshalb in den frühen Stadien des Leidens eine recht undankbare Aufgabe. Koeppen meint, daß der Beweis des Querulantenwahnes vor Gericht häufig nur durch die Feststellung zu führen sei, daß die Deduktionen des Kranken der Begründung entbehren und daß unkorrigierbare Irrtümer demnach Wahnideen geworden sind. Mittenzweig legt das größte Gewicht auf die Entstehung des Wahnes und die quantitativen Abweichungen, die die Vorstellungen des Paranoikers von denen des geistesgesunden Individuums aufweisen, namentlich auf die wachsende Ausbreitung des Verfolgungswahnes, durch die das Krankhafte der Beeinträchtigungsvorstellungen gekennzeichnet werde. Neben dieser zweifellos sehr wichtigen Feststellung dürfte es aber wohl am dankbarsten sein, dem Gerichte die Verbohrtheit in die eigenen Anschauungen, die Einseitigkeit des Urteils, die Unmöglichkeit, von den eigenen abweichende Gedankengänge zu bewerten, die Unfähigkeit, ergangene Entscheide und Urteile ihrer Tragweite nach, ohne egozentrische Affekteinschränkung zu verstehen, vor Augen zu stellen, ihm den Nachweis zu führen, daß meist seit Jahren alles Denken und Fühlen nur dem einen Kreise von Rechtsangelegenheiten gilt, der das Individuum mehr und mehr unter seine Herrschaft gebracht hat. Gelingt es daneben, andersartige Beeinträchtigungs- oder Größenideen aufzudecken, so ist das eine wertvolle Bereicherung der zum Beweise der geistigen Störung zur Verfügung stehenden Mittel. Ist das Zustandsbild einer querulatorischen Paranoia im oben umschriebenen Sinne zu erweisen, so sind die Bedingungen des § 51 RStGB. selbstverständlich als gegeben anzuerkennen.

Weit schwieriger als die rechtlichen Verhältnisse, soweit sie die Kriminalität des Paranoikers zum Gegenstande haben, liegen diejenigen, die die Notwendigkeit seiner Entmündigung betreffen, eine Schwierigkeit, die sich aus der wiederholt erwähnten Tatsache ergibt, daß viele Paranoiker lange Jahre hindurch, oft bis an ihr Lebensende auf Gebieten, die außerhalb ihres Wahnkreises liegen, logisch zu urteilen, klar zu disponieren, in durchaus normaler Weise zu handeln vermögen. Andererseits ist verständlich, daß unter der zunehmenden allgemeinen Einschränkung des Interessenkreises, die die Überwertigkeit der paranoischen Vorstellungen bedingt, die Fähigkeit, die eigenen Interessen sachgemäß zu vertreten, oft schwer leiden muß. Im allgemeinen ist zu sagen, daß der Paranoiker in den jüngeren Stadien in den allermeisten Fällen geschäftsfähig im Sinne des

Gesetzes bleibt, besonders der mit vorherrschenden Beeinträchtigungsideen, die ihn wohl oft vorsichtiger machen, seine Entschlußfähigkeit verzögern, aber die letztere nicht völlig lähmen. Primäre Größenvorstellungen pflegen viel eher das Individuum geschäftsunfähig zu machen, da sie sich weit schneller ausbreiten und das Urteil in geschäftlichen, vor allem in pekuniären Dingen naturgemäß weit mehr trüben. Abhängig ist die Entscheidung über Geschäftsfähigkeit oder -unfähigkeit in erheblichem Grade von der speziellen Form des Wahnes; nur deren genaue Analyse im Einzelfalle läßt eine Beurteilung des Einflusses zu, den die krankhaften Vorstellungen mit ihren in Liebe und Haß abirrenden Strebungen auf die gesamte intellektuelle Tätigkeit, die Beurteilung der Lebens- und Rechtslagen ausüben. Den Nachweis, daß die vorliegende Wahnrichtung und -form im einzelnen Falle tatsächlich die Beurteilung der gegebenen Verhältnisse und Geschäfte tiefergehend beeinflussen muß, wird der Richter in jedem Falle vom psychiatrischen Gutachter fordern; allein der Beweis, daß eine unheilbare Geisteskrankheit vorliegt, genügt für die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit des Paranoikers noch weniger als für viele andere Geisteskranke. Häufig wird man, besonders in den früheren Krankheitsstadien der Paranoia, mit der Anordnung einer Pflegschaft auskommen, doch scheitert dieser Versuch, dem Kranken die eigentliche Entmündigung zu ersparen, oft an der Unmöglichkeit, das gesetzlich verlangte Einverständnis des Kranken mit dieser Maßnahme, gegen die oft unter Hinweis auf die völlige geistige Gesundheit der heftigste Widerstand von seiten des Individuums geleistet wird, zu erlangen. Von den einzelnen Formen der Paranoia wird man bei den kombinatorischen Fällen weit häufiger von der Entmündigung Abstand nehmen können als bei den mit Halluzinationen einhergehenden, wo der Einfluß der krankhaften Ideen auf die gesamte Persönlichkeit weit eher größeren Umfang erreicht. In den späteren Stadien des Leidens sind Größenwahnsinnige wohl stets als geschäftsunfähig im Sinne des § 6 BGB. zu erachten und auch Kranke mit Beeinträchtigungsideen zum mindesten der Pflegschaft bedürftig. Am schwierigsten gestaltet sich wieder die Beurteilung der querulierenden Paranoiker. Obgleich die Urteilskraft über dem Wahne fernerliegende Dinge bei dieser Form der Paranoia lange Zeit hindurch verhältnismäßig am wenigsten zu leiden pflegt, bedingt die querulierende Tendenz einmal in vielen Fällen eine so weitgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, andererseits eine derartig große Gefahr der Verschleuderung vorhandenen Vermögens, daß schon aus diesen Gründen die Entmündigung notwendig ist, ganz abgesehen davon, daß der Schutz der staatlichen Autoritäten dieselbe oft zusammen mit der Einweisung in eine Irrenanstalt als ratsam erscheinen läßt. Auch die Gefahr der Wiederholung der gleichen kriminellen Handlungen, die bei den querulierenden Paranoikern mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten steht, dürfte in zahlreichen Fällen die Entmündigung der Freisprechung auf Grund des § 51 auf dem Fuße folgen lassen, worauf Hitzig besonders hinweist.

Differentialdiagnose.

„Akute Paranoia“ und milde und abortiv verlaufende Paranoiafälle.

Seitdem Westphal den Begriff der akuten Paranoia in die psychiatrische Systematik einführte, ist der Streit um die Anerkennung derselben als selbstän-

diger Krankheit nicht verstummt. Gemäß der immer weiteren Fassung des Paranoiabegriffes überhaupt galt sie den meisten der älteren Psychiater als eine Wiederholung der chronischen Paranoia in abgekürzter Form. Auch nachdem die akuten Verwirrtheitszustände von ihr abgezweigt waren, blieb die akute Paranoia doch noch, wenn auch an Umfang wesentlich eingeschränkt, bestehen, wobei sie von einem Teile der Autoren, so Schüle, allerdings als die Umwandlung einer ursprünglich affektiven Psychose in eine paranoische betrachtet wurde. Allmählich mehrten sich die Stimmen, die in der akuten Paranoia keine Krankheit an sich, sondern nur Äußerungen anderer psychotischer Prozesse sahen; so rechneten Schultze und vor allem Specht sie zum manisch-depressiven Irresein, andere sahen in ihr gemäß dem Délire d'emblée Magnans den Ausdruck einer degenerativen Anlage, den Ausfluß einer gewissen geistigen und Gemütsschwäche (Jastrowitz). Koeppen, der die Frage eingehend behandelte, nahm ebenfalls das Bestehen einer akuten Paranoia als erwiesen an, fand dieselbe aber am allerhäufigsten als Zustandsbild auf einer pathologisch veränderten konstitutionellen Grundlage, so der Imbezillität, degenerativer Konstitutionen, der Hysterie, Epilepsie, auch der Paralyse und des Senilismus. Er fand weiter, daß das Krankheitsbild dem der chronischen Paranoia täuschend gleichen kann, dann aber plötzlich abbricht. Es fehlt die strenge Systematisierung der Wahnideen, es besteht häufig eine gewisse Ratlosigkeit gegenüber den eigenen krankhaften Vorstellungen. Akute Verwirrtheitszustände sind besonders zu Anfang des Zustandes häufig, nach der Genesung besteht unter Umständen Erinnerungsverlust für einzelne Phasen des Leidens; hervorgerufen wird dasselbe durch psychogene Momente. Zwischen akuter und chronischer Paranoia scheint Koeppen keine anderen Beziehungen anzunehmen, als daß das letztere Leiden häufiger in akuten Schüben verläuft. Die Verbindung beider Krankheiten ist demnach recht lose; die akute Paranoia ist ihm nichts anderes als ein Zustandsbild verschiedener psychischer Erkrankungen — unter Umständen auch der chronischen Paranoia —, in dem sich mit lebhaften allgemeinen psychotischen Erscheinungen Wahnvorstellungen, die für kurze Zeit im wesentlichen festgehalten werden, verbinden.

In neuerer Zeit hat Thomsen das Vorkommen einer akuten Paranoia zu erweisen versucht. An der Hand einer größeren Reihe von Krankengeschichten glaubte er akute systematisierte, nach mehr minder langem Bestehen verblassende und in Heilung ausgehende wahnbildende Psychosen absondern zu können, die nicht bloße Teilerscheinungen oder Zustandsbilder anderer Psychosenformen oder der chronischen Paranoia darstellen, sondern als selbständige, in sich geschlossene Geistesstörungen angesehen werden müssen. Kleist, der die Thomsenschen 24 Fälle einer Kritik unterzog, konnte nur zwei davon als paranoische Zustände gelten lassen, die er als Äußerungen des manisch-depressiven Irreseins auffaßte. Er kommt weiter zu dem Schlusse, daß eine Krankheitsart „akute Paranoia" durch Thomsen nicht nachgewiesen sei; abgesehen von akut paranoischen Zustandsbildern als Erscheinungsformen verschiedener wohlcharakterisierter Krankheitsarten (Paralyse, senile Gehirnerkrankungen, chronischer Alkoholismus und andere Gehirnvergiftungen, Dementia praecox) könnten akute paranoische Erkrankungen als Äußerungen zweier verschiedener abnormer Konstitutionen beobachtet werden, einmal als Reaktion der reaktiv-labilen Veran-

lagung auf affektvolle Erlebnisse, andererseits als Äußerung der autochthonlabilen Disposition.

Nach der Beschreibung der Krankheitserscheinungen und des Krankheitsverlaufes der (chronischen) Paranoia, wie sie oben skizziert wurde, stellt die Erkrankung eine Einheit dar, die durch die fortschreitende Verrückung der ganzen Persönlichkeit zur Umwelt, hervorgerufen durch ein im Grunde unwandelbares System von Wahnvorstellungen, ihre Unheilbarkeit und das Ausbleiben einer eigentlichen Verblödung, demgemäß das Erhaltenbleiben logischer Denkmechanismen und lebhafter Affekterregbarkeit, charakterisiert ist. Demnach versteht es sich schon von selbst, daß es unmöglich eine akute, schnell verlaufende und heilbare Form der Erkrankung geben kann, bzw. daß es ausgeschlossen ist, daß zwischen selbständigen akuten wahnbildenden Psychosen und der hier als Paranoia beschriebenen wohlumgrenzten Krankheit nähere Beziehungen, Übergänge und dergleichen bestehen. Der Ausdruck: akute „Paranoia" ist demgemäß, solange man die letztere durchaus passende Bezeichnung für das ursprüngliche Krankheitsbild, wie es auch hier gefaßt wurde, beibehalten will, abzulehnen, und es ist Kraepelin durchaus beizustimmen, wenn er gegen das Zusammenwerfen akuter Wahnsinnszustände und der Paranoia entschieden Front macht.

Es gibt zweifellos Zustandsbilder geistiger Störungen, die in akuter oder subakuter Weise entstehen, Wahnvorstellungen, die für kürzere oder längere Zeit beibehalten werden, zeigen, bei denen ein gewisser Fortschritt ähnlich dem bei der Paranoia beobachteten, wenn auch meist erheblich schneller und fast immer unter lebhaften Sinnestäuschungen nicht zu verkennen ist, bei denen keine oder doch nur vorübergehende Verwirrtheit und Bewußtseinstrübung besteht, die nach kürzerer oder längerer Zeit langsam verblassen und anscheinend unter allmählicher Korrektur der krankhaften Ideen in Heilung ausgehen. Derartige psychische Krankheitsbilder sind einmal, wie allgemein anerkannt ist, als vorübergehende Erscheinungen chronischer Geisteskrankheiten nicht selten. Fast alle Psychosen können einmal für kurze Zeit unter ihrer Form verlaufen. Die Dementia praecox zeigt sie, die Intoxikationspsychosen, vor allem der Alkoholismus verlaufen gelegentlich unter ihrer Maske, die senilen Psychosen, selbst die Paralyse können einige Zeit hinter einer derartigen wahnbildenden Psychose ihr wahres Gesicht verbergen. Besonders hervorzuheben ist natürlich, daß die Paranoia, wie bereits oben auseinandergesetzt, akut oder subakut beginnen und in der für die „akute" Paranoia angegebenen Weise längere Zeit verlaufen kann. Einzelne Beobachtungen machen es sogar wahrscheinlich, daß gerade dem akuten Beginne eine teilweise, vielleicht auch gelegentlich eine völlige Remission folgen kann, daß jedenfalls das Abflauen der akuten Erscheinungen und die Erholung davon dem Individuum den eigentlichen Wahn weniger ins Bewußtsein drängen. Weiter beobachtet man derartige akute wahnbildende Psychosen mit raschem Ablauf und Ausgang in Heilung in einzelnen Fällen im Beginne oder Verlaufe von Verwirrtheitszuständen, die unter den Begriff der Amentia (Meynert) fallen, in denen die Verwirrtheit nur auf der Höhe der Krankheitserscheinungen in mehr minder hohem Grade auftritt. Derartige Zustände erwachsen außer auf der Grundlage der Erschöpfung besonders auf dem Boden der bereits erwähnten Gehirnintoxikationen. Endlich kommen ganz ähn-

liche Zustände in seltenen Fällen sicher auch alleinstehend vor, so daß man sie zuerst als selbständige Krankheiten anzusprechen gezwungen ist. Die längere Beobachtung derartiger Fälle ergibt jedoch, daß, sofern es sich nicht um den akuten Ausbruch chronischer Psychosen (Paranoia, Dementia praecox) handelt, diese Krankheitszustände zu einem Teile zu periodischer Wiederholung neigen, oft so, daß die einzelnen Anfälle einander fast völlig gleichen; da in diesen Fällen affektive Komponenten sich in den Vordergrund des Krankheitsbildes drängen, rein affektive Zustände manischer oder melancholischer Färbung gelegentlich mit ihnen abwechseln, so sind sie dem manisch-depressiven Irresein zuzuweisen. Zu einem anderen Teile gehören diese Fälle in die Gruppe der degenerativen wahnbildenden Psychosen. Auf die Differentialdiagnose aller dieser Zustände, besonders, soweit es sich um langgestreckte Verlaufsformen handelt, und der Paranoia im hier umgrenzten Sinne wird weiter unten näher einzugehen sein. Wenn auch manche der erwähnten psychotischen Zustandsbilder zu der Paranoia Beziehungen aufweisen, vor allem die Wahnbildungen auf dem Boden der Degeneration, so sind doch die Chronizität des Prozesses, wie die Paranoia sie bedingt, zusammen mit der Unverrückbarkeit des Wahnsystemes, dem Fortschreiten des Prozesses und der Forderung der Unheilbarkeit der Krankheit bei unberührter Intelligenz, vor allem aber die verbohrte Reaktion auf die krankhaften Ideen Symptome, die sie scharf von den akut und subakut verlaufenden Wahnsinnszuständen scheiden, während die Art des Wahnes an sich kein differentialdiagnostisches Kriterium abgibt.

Eng zusammen mit der Frage nach akuten Formen der Paranoia hängt die nach der Zugehörigkeit der milde und abortiv verlaufenden wahnbildenden Psychosen zu ihr. Friedmann sah in ihnen ein Aufflackern des Prozesses aus relativ kleinen Anlässen bei subsistierender Veranlagung, etwa so, wie das bei der Hysterie und bei den hereditär Degenerierten schon länger bekannt sei. Gaupp beschreibt eine abortive Paranoia auf der Grundlage eigenartiger depressiv-paranoischer Konstitutionen, bei der langsam schleichend der Wahn krankhafter Eigenbeziehung entsteht. Zeitlich in engem Anschluß an affektvolle Erlebnisse und bei einem gewissen psychischen Krankheitsgefühl entwickeln sich Vorstellungen der Verfolgung, die sich gegen ganz bestimmte Personen oder Berufe richten, die später immer präziser werden und deren Realität durch gelegentliche Sinnestäuschungen verstärkt wird. Der Verlauf ist ein langjähriger, remittierend-exazerbierender. Meist besteht ängstliche Verzagtheit, nur vorübergehend Empörung über die Verfolgungen und Neigung zur Abwehr derselben; Größenideen fehlen stets, die Entwicklung eines Schwachsinns bleibt aus. Es fehlt den abortiven Fällen besonders die kontinuierliche Progression des Wahnbildungsprozesses, die mit Notwendigkeit zum starren Wahnsystem führt. Eine Generalisation des Beziehungswahnes tritt nicht ein. Stransky kennt milde, abortive Formen paranoischer Geistesstörung, die aus der Latenz des disponierten Charakters herauswachsen, dazu neigen, sich nicht nur einmal im Leben zu zeigen und dadurch das Aussehen einer rezidivierenden Psychose erhalten. Der Verlauf ist ein remittierend-exazerbierender; temporäre Heilbarkeit dieser Psychose von paranoischem Zuschnitt ist möglich. Er betrachtet sie aber nicht als der eigentlichen Paranoia zugehörig, sondern hält sie von den paranoiden Episoden auf degenerativer Grundlage nicht für abtrennbar. Mit der Frage der periodischen

Paranoia hat Boege sich besonders beschäftigt. Unter 26 bis 1908 in der Literatur niedergelegten derartigen Beobachtungen sind seiner Ansicht nach nur 4 bisher nicht zu bestreiten, während die übrigen zwanglos anderen bekannten klinischen Krankheitsbildern (Degenerationen, Alkoholismus, manisch-depressivem Irresein usw.) eingefügt werden könnten. Obgleich er bestreitet, daß eine Krankheit nur einen chronischen oder nur einen akuten Verlauf nehmen müsse, nimmt er vermutungsweise doch an, daß es eine periodische oder akute Paranoia nicht gebe, ohne daß er der apodiktischen Gewißheit, mit der Kraepelin das ausspricht, beizustimmen vermag.

Es ist bereits bei der Schilderung der paranoischen Konstitution und des Herauswachsens der Paranoia aus ihr betont worden, daß einmal die paranoische Veranlagung eine recht hohe Stufe der Ausbildung von Eigenbeziehungen und egozentrischer Einengung der Interessensphäre zeigen kann, bis mit der ersten offenbaren Wahnidee die Paranoia beginnt. Es wurde dort der für das Gemeinschaftswesen unbrauchbaren Individuen gedacht, die, ohne mit der Umwelt in Verkehr zu treten, in ihrer Tätigkeit versimpeln, zu Sonderlingen werden, und, stets beschäftigt mit ihren Lieblingsideen, die sich in irgendeiner bestimmten Richtung unverrückbar zu konzentrieren pflegen, einseitig und schief in ihren Ansichten und Urteilen, eigenartig in ihren Gefühlen, deshalb absonderlich in ihren Handlungen werden und sich so ein Leben lang an der Grenze zwischen psychischer Eigenart und geistiger Erkrankung befinden. Es ist natürlich reine Formsache, ob man derartige Grenzzustände noch als psychopathische paranoische Konstitutionen in ihrer höchsten Ausbildung oder schon als milde verlaufende Paranoiafälle ansprechen will. Gemäß der hier vertretenen Ansicht, daß die Paranoia nicht als kontinuierliche Weiterbildung der ihr zugrunde liegenden Veranlagung, sondern als ein auf dieser erwachsener Krankheitszustand angesehen werden muß, der mit der ersten wirklichen Wahnvorstellung etwas Neues in das psychische Geschehen bringt, was von da an unverrückbar festgehalten, weiterentwickelt wird und überragende Bedeutung für die Gesamtpersönlichkeit erlangt, muß die erstere Ansicht, daß diese Grenzzustände noch der paranoischen Konstitution zuzuzählen sind, als die richtigere Auffassung betrachtet werden.

Eine derartige Deutung ist aber schon schwieriger bei der Gruppe von Fällen, wie sie Gaupp besonders hervorhebt, die Stransky mit Recht als Formen der

Psychosen bei Degenerierten

angesprochen hat. Gemäß dem Umstande, daß wir als Grundlage der Paranoia stets eine degenerative Konstitution fanden, gemäß der psychogenen Auslösung der Erkrankung als solcher ist es natürlich, daß bei dem Irresein der Degenerierten, wie äußere Momente sie als interkurrente, mehr minder lange andauernde Episoden das Leben derartiger Individuen ein oder mehrere Male unterbrechen lassen, viele der Paranoia ähnliche oder gleiche Züge sich finden. Dahin gehört abgesehen von den auslösenden Ursachen die Neigung zu wahnhafter Veränderung der eigenen Verhältnisse und der mit ihnen in Berührung tretenden Umwelt, häufig begleitet von zahlreichen Sinnestäuschungen, die Ausspinnung dieser krankhaften Vorstellungen, die Verknüpfung miteinander bis zu einem gewissen Grade,

mit anderen Worten die Bildung eines mehr minder ausgebauten Wahngebäudes; es gehört dahin die Reaktion auf unangenehme Situationen mit Ideen, die das erhoffte und erwünschte Gegenteil verkörpern, die illusionäre Verfälschung der Wirklichkeit im Sinne der Wunschkomplexe.

Die Wahnideen derartiger Degenerierter zeigen jedoch ein Moment, das sie von denen der Paranoia scheidet, eine mehr minder große Unstetigkeit und Veränderlichkeit. Die Paranoia charakterisiert sich diesen Zuständen gegenüber durch das Symptom der Unerschütterlichkeit des Wahnsystems und der Verbohrtheit in dasselbe. Auch Birnbaum sieht den Unterschied zwischen den Wahnvorstellungen der Degenerierten und denen der echten Paranoia in der Unzulänglichkeit und dem wechselnden Realitätswert, der Veränderlichkeit, der Beeinflußbarkeit durch äußere Einwirkungen und der Unbeständigkeit der ersteren. Es fehlt der konsequente Aufbau selbst in den Fällen, in denen die Wahnideen bis zu einem gewissen Grade geordnet werden. Der Beginn der Erkrankung ist häufig ein akuter mit Bewußtseinstrübung, die Erkrankung dauert meist nicht lange und ist weitgehend von den Einflüssen der Umgebung abhängig. Nach dem Abklingen des Syndroms kommt es meistens zur Wiederherstellung des vor der interkurrenten Erkrankung bestehenden Zustandes. Birnbaum hat deshalb diese Wahnsinnszustände, die sich durch geringeren Realitätswert und die Veränderlichkeit der Erscheinungen charakterisieren, die häufig durch Hineindenken in phantastisch selbstgebildete Situationen entstehen, im grundsätzlichen Unterschied zur Paranoia als „wahnhafte Einbildungen" bezeichnet. Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal dieser degenerativen Wahnbildungen von der Paranoia ist daneben sicher einmal die den ersteren fehlende unkorrigierbare Verbohrtheit in die Wahnideen und der Wechsel der Affektbetonung, der sich in diesen degenerativen Wahnsinnsformen im Gegensatze zu der einseitig fixierten Gefühlsbetonung bei der Paranoia nachweisen läßt, der auch seinen Teil zu den Schwankungen in der Intensität der Erkrankung, zu dem Auftauchen zahlreicher mit den vorhergehenden in keiner Beziehung stehender wahnhafter Einfälle abgibt.

Wenn auch die Zugehörigkeit derartiger Fälle zu den Formen des degenerativen Irreseins als sicher anzunehmen ist, so wäre immerhin möglich, daß es fließende Übergänge zwischen diesen Zuständen und der Paranoia gibt. Die Gauppschen Fälle scheinen darauf hinzudeuten, ebenso ein Hübnerscher Fall, in dem eine rasch entstandene, bald wieder verblaßte Wahnbildung auf degenerativer Grundlage anscheinend abheilte, nach $1^1/_2$ Jahren aber eine Verschlechterung des Zustandes eintrat, bis schließlich ein richtiges unerschütterliches chronisches Wahnsystem vorhanden war. Nach früheren Ausführungen muß aber angenommen werden, daß es sich bei der ausgebildeten Paranoia um einen besonderen, nicht der Rückbildung fähigen Krankheitsprozeß handelt, der damit seine Eigenart dokumentiert. Da die Individuen, die von dieser eigenartigen Erkrankung befallen werden, sämtlich Degenerierte sind, so wäre es nicht verwunderlich, wenn ein Individuum in früherem Lebensalter bereits eine akute degenerative Psychose durchmachte, in späteren Jahren aber an der Paranoia erkrankte. In dem Hübnerschen Falle scheint es aber gar nicht zu einer völligen Rückbildung aller Erscheinungen, zu einer völligen Korrektion der wahnhaften Ideen und damit zur Heilung gekommen zu sein, sondern es

scheint sich nur um eine weitgehende Remission gehandelt zu haben, wie wir sie gerade bei den anscheinend akut entstehenden echten Paranoiafällen dem stürmischen Beginne nicht allzuselten folgen sehen, so daß das Ganze als eine akut beginnende echte Paranoia angesprochen werden kann. Die Paranoia, wie sie hier umgrenzt wurde, mit ihrem unerschütterlichen, unveränderlichen, stets weiter ausgebauten Wahnsystem, ihrer Intaktheit der affektiven und intellektuellen Geistesfunktionen und ihrer Unheilbarkeit ist eine derart häufige, in fast gleicher Form wiederkehrende Erkrankung, daß an ihrer inneren Einheit auch gegenüber den langgestreckt verlaufenden wahnbildenden Psychosen der Degenerierten festgehalten werden muß. Die Irreparabilität, die wir bei ihr als erwiesen annehmen müssen, unterscheidet sie neben den angeführten Momenten von diesen degenerativen Wahnsinnsformen. Daß andererseits die als „akute Paranoiafälle" beschriebenen Psychosen zum großen Teile zu dieser Klasse geistiger Störungen gehören, wie schon v. Krafft-Ebing, der sie unter den Psycho-Neurosen beschreibt, und Mendel und Laquer, die sie dem Zwangsirresein zurechneten, meinten, ist ebenfalls sicher. Zu ihnen dürften auch die von Thomsen als „Hypoparanoia" beschriebenen leichten, abortiven Wahnsinnsfälle gehören, die auf emotiver Basis, im Anschluß an ein eingreifendes seelisches Erlebnis sich akut entwickeln, Fälle, die keine Tendenz zu weiterer Ausbreitung zeigen, entweder stabil bleiben oder (wohl fast immer) verblassen und heilen.

Einer besonderen kurzen Besprechung bedürfen unter den der Paranoia ähnlichen psychotischen Erscheinungen, wie sie auf dem Boden der degenerativen Konstitution sich ausbilden, die als

Pseudoquerulanten

bezeichneten Individuen. Das vorpsychotische Gebahren, die querulierende Tendenz, gleichen den Erscheinungen der querulatorischen Paranoia, ebenso das Forttreiben der Prozesse von Instanz zu Instanz, die Unfähigkeit, die Gründe der Gegner zu verstehen und zu würdigen. Aber andererseits fehlt dem Pseudoquerulanten „das subjektive Band, das alle die einzelnen Ereignisse zu einer zusammenhängenden Kette aneinander schließt" (Kraepelin). Die einzelnen Geschehnisse, die zum Hervorkehren der querulierenden Tendenz führen, stehen für sich da; sie verblassen, sobald alle Rechtsmittel erschöpft sind, werden vergessen und andere, vielfach mit den ersteren in irgendeinem Zusammenhange stehende Ereignisse treten an ihre Stelle und werden zu neuem Querulieren ausgebeutet. Auch hier fehlt das unerschütterliche Leitmotiv, das sich wie ein rotes Band durch alle Vorstellungen und Handlungen des Paranoikers hindurchzieht, das alle ihm widerfahrenden Geschehnisse miteinander in Beziehung bringt, das einen inneren Zusammenhang zwischen ihnen konstruiert, den er als erwiesene Tatsache annimmt. Es fehlt ferner die Neigung, den Kreis der Widersacher ins Ungemessene fortschreitend zu erweitern, wie sie für die querulatorische Paranoia als pathognomonisch gefunden wurde, es fehlt endlich die rücksichtslose Verbortheit des Paranoikers in die eigenen Ansichten von Recht und Gesetz, der stete Gedanke, daß ihm in jedem Augenblick, in jeder Hinsicht Unrecht geschieht, kurz der spezifische Charakter der wahnhaften Beeinträchtigungsideen, der für den querulierenden Paranoiker kennzeichnend ist.

Da die auslösenden Momente für Degenerationspsychosen das Individuum, das die Disposition sein Leben hindurch mit sich herumträgt, mehrmals treffen kann, so ist es natürlich, daß die Geistesstörung sich wiederholen und gelegentlich den Eindruck einer rezidivierenden Wahnpsychose machen kann. Es ist auch denkbar, daß ein überwertiger Gedankengang, wie er die degenerierte Psyche häufig beherrscht, den einzelnen Attacken dieser Irreseinszustände ein gleiches oder ähnliches Gepräge gibt, so daß der Eindruck einer periodischen Geistesstörung entsteht. Viel häufiger werden derartige periodische Wahnsinnszustände, die zum Teil als periodische Paranoia beschrieben sind, sich als Äußerungen des

manisch-depressiven Irreseins

entlarven lassen. Auf seiner Grundlage kommt es nicht so selten zur Bildung von Wahnvorstellungen, die der Richtung des Affektes entsprechend die einzelnen Anfälle der Erkrankung begleiten, sich oft mit photographischer Treue bei gleicher Phase wiederholen und so den Eindruck eines akuten periodischen Wahnsinnszustandes machen, dessen richtige Deutung jedoch durch das starke Hervortreten der Affektstörung, durch dazwischenliegende oder aber vorangegangene echte manische oder melancholische Episoden ermöglicht wird.

Seit der Erkenntnis, daß affektiven Einflüssen in der Genese der Wahnideen überhaupt, vor allem auch bei der Paranoia, eine wesentliche Bedeutung zukommt, ist auch die Frage der Beziehungen der affektiven Psychosen und der (chronischen) Paranoia erörtert worden. Specht hielt eine prinzipielle Scheidung zwischen Paranoia und chronischer Manie für unmöglich, weil gerade die manisch-depressive Geistesverfassung, die leichte Lockerung des assoziativen Gefüges und die assoziative Plusleistung, wie sie der hypomanischen Veränderung eigen ist, die Ergänzung, deren die pathologische Affektivität zur krankhaften Fixierung des Paranoikerwahnes bedarf, abgibt. Er unterscheidet chronisch-manische Formen, die der exaltativen Spielart der Verrücktheit entsprechen, periodisch-zyklische Formen und die typische Grundform mit einem allmählich anwachsenden Verfolgungswahn. Ennen bestätigte auf Grund eigener Beobachtungen diese Anschauungen. Es sind das Fälle, die zu einem Teile dem manischen und melancholischen Wahnsinn Thalbitzers entsprechen, die vor allem auch Brassert als „sekundäre (postmelancholische und postmanische) Paranoia" beschreibt. Er will damit eine seltene Krankheit bezeichnen, zu der hereditär belastete, wiederholt psychisch erkrankte, gemütlich nicht besonders starke, körperlich reduzierte Personen prädisponiert sind, die gewöhnlich allmählich, ausnahmsweise plötzlich beginnt, bei der nach längerem Bestehen der primären Affektpsychose die sekundäre, durch Wahnvorstellungen gekennzeichnete Erkrankung zum Ausbruche gelangt. Die postmelancholischen Formen, die etwas häufiger als die postmanischen sind, befallen vorzüglich das weibliche Geschlecht, während die letzteren, die öfter akut einsetzen und schneller verlaufen, beide Geschlechter gleich häufig befallen. Heilungen sind sehr selten, Ausgang in Demenz muß nach Brassert fast als Regel angesehen werden.

Auf Grund eigener Beobachtungen konnten wir an anderem Orte Krankheitsfälle beschreiben, die jahrelang unter dem Bilde einer typischen periodischen Manie oder Melancholie verliefen, aus denen sich aber allmählich unter immer stärkerem Hervortreten von Wahnvorstellungen Krankheitsbilder entwickelten,

die ohne Kenntnis der Vorgeschichte als Paranoiafälle imponieren konnten, wenn auch einzelne abweichende Erscheinungen sich fanden. Es handelt sich um Fälle, in denen unter langsamer Abnahme der Intensität und Dauer der Affektstörungen in den späteren Anfällen des Leidens systematisierte Größen- und Verfolgungsvorstellungen hervortreten, die Jahre hindurch unerschütterlich und unverändert bestehen bleiben, die Ordnung im Denken, Fühlen und Handeln im wesentlichen intakt lassen, wie es für die Paranoia verlangt wird. Es kam dabei zum Teil sogar zu einer Änderung der krankhaften Affektlage, die in den früheren Wiederholungen des Leidens in einer bestimmten Richtung bestand, später aber einem Mischaffekte Platz machte, der leichte komplementäre Vorstellungen der entgegengesetzten Wahnrichtung ermöglichte. Andererseits kann, worauf Stransky hinweist, eine beginnende oder zunächst unter dem Bilde einer akuten Geistesstörung in die Erscheinung tretende Paranoia das Symptom der gemütlichen Verstimmung stärker hervortreten lassen, so daß die Verwechslung mit dem manisch-depressiven Irresein auch nach dieser Richtung hin möglich ist. Endlich kann das querulatorische Gebahren mancher Maniaci zur vorübergehenden Verwechslung mit querulatorischer Paranoia führen.

Die Differentialdiagnose ist jedoch meist nicht allzu schwer zu stellen. Vor allem ist das weit stärkere Hervortreten der affektiven Verstimmung in jedem Augenblick auf jedem Gebiete der Psyche bei dem manisch-depressiven Irresein als differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber der Paranoia, bei der der krankhafte Affekt nur ein eng umschriebenes Gebiet zu betreffen pflegt, zu verwerten. Das gleiche gilt von den viel größeren Affektschwankungen, die das manisch-depressive Irresein aufweist. An anderer Stelle ist bereits ausgeführt, daß bei der Paranoia, obwohl für die Wahngenese eine krankhaft erhöhte Affektivität ausschlaggebend ist, die dauernde primäre Störung der Affektlage, wie sie das manisch-melancholische Irresein charakterisiert, überhaupt vermißt wird. Ob die Art der Affektstörung eine Scheidung beider Krankheiten zuläßt, sei dahingestellt. Meyer hat ihre Verschiedenheit zu erweisen versucht, insofern er fand, daß bei dem manisch-depressiven Irresein Affekte der Lust und Unlust den gesamten Vorstellungsinhalt beherrschen, während bei der Paranoia eine allgemein gesteigerte Affektivität besteht, aus der heraus die gerade in jener Zeit auftauchenden oder schon vorhandenen, aber jetzt irgendwie hervortretenden Vorstellungen, mit einem besonders lebhaften Affekt verbunden, zu überwertigen Ideen ausgestaltet werden. Neben dem Wechsel in der Affektrichtung und den Intensitätsschwankungen der Affektbetonung werden die manisch-melancholischen Wahnbildungen durch die Eigenart der krankhaften Vorstellungen, die von den bei der Paranoia beobachteten mehr minder abweichen, gekennzeichnet. Vor allem die an Melancholie sich anschließenden Wahnpsychosen zeigen wohl ausnahmslos Gedankenreihen, die entweder hypochondrischer Natur sind, oder aber in die Gruppe der Versündigungsideen gehören. Während der Paranoiker stets gegen die vermeintliche Beeinträchtigung und Verfolgung und gegen die Personen, von denen er beides herleitet, mit äußerster Entschiedenheit und Erbitterung sich zur Wehr setzt, die Anfeindungen stets als verbrecherisch und unverdient betrachtet und danach mit äußerster Konsequenz handelt, beugt sich der Melancholiker unter das ihm angetane Leid im Bewußtsein seiner Minderwertigkeit, seiner Unwürdigkeit oder seiner Sündhaftigkeit und hofft nur, durch

das demütige Ertragen der ihm auferlegten Strafe geläutert zu werden, woran unter Umständen jene leichten komplementären Größenideen, die man bei derartigen Kranken findet, anknüpfen. Das Fehlen von ausgesprochenem hypochondrischen und Versündigungswahn und der stete lebhafte Drang, sich gegen die als ungerecht empfundenen Verfolgungen zu wehren, charakterisiert den paranoischen Wahn gegenüber dem melancholischen neben dem Hervortreten der depressiven Affektlage im Krankheitsbilde des letzteren. Immerhin kann bei Fehlen einer exakten Vorgeschichte die Differentialdiagnose beider Zustände für den Augenblick schwierig sein.

Besonders schwer kann es sein, allein nach dem Zustandsbilde die Differentialdiagnose zwischen chronischer Manie und querulatorischer Paranoia zu stellen. Die Beziehungen zwischen beiden Zuständen sind in mancher Beziehung sehr nahe, so daß Bumke glaubte, daß das manisch-depressive Irresein und die Paranoia querulatoria nicht scharf voneinander zu trennen seien; beide Krankheiten rechnete er im Verein mit der Hysterie und den Degenerationspsychosen zur Gruppe der endogenen Erkrankungen. Eine Scheidung beider Zustände ist jedoch trotz der bei beiden vorhandenen querulatorischen Tendenzen meistens möglich. Es fehlt dem manischen Pseudoquerulanten das wahnhafte Moment der Beeinträchtigungsideen auf rechtlichem Gebiete. Der Maniacus queruliert aus Prinzip bei jeder sich bietenden Gelegenheit, während der Paranoiker im wesentlichen nur einen bestimmten Kreis vermeintlicher rechtlicher Benachteiligungen und mit ihnen in Verbindung tretender Ereignisse, Personen, Berufe in langsam zunehmender Ausbreitung zum Gegenstande seiner querulatorischen Angriffe macht. Der Maniacus bleibt weit weniger konsequent in der Auswahl seiner Feinde, gegen die er queruliert als der Paranoiker. Man merkt dem letzteren an, daß es ihm mit seinem Kampfe um Recht und Gesetz heiliger Ernst ist, während derselbe für den chronisch Manischen eine augenblickliche Kaprize, eine Spielerei darstellt.

Dementia praecox.

Recht schwierig ist die Unterscheidung der Paranoia von manchen Fällen wahnbildender Psychose, die nach unserer heutigen Auffassung als der Gruppe der Schizophrenien zugehörig betrachtet werden müssen. Von der Dementia praecox her ist die Paranoia auch am meisten eingeschränkt worden, soweit sie sich nicht gefallen lassen mußte, ganz in ihr aufzugehen. So hält es Bleuler für möglich, daß die Paranoia eine ganz chronisch fortschreitende Schizophrenie sei, die so milde verläuft, daß sie gerade noch zur Wahnbildung ausreicht, da der Mechanismus derselben bei beiden Krankheiten der gleiche sei. Schneider sieht in der Paranoia keine Krankheit an sich, sondern nur einen Symptomenkomplex, der teilweise auf psychopathischer Grundlage entsteht, zum Teil aber auch das Produkt einer abgelaufenen oder pausierenden Krankheit, meist der Dementia praecox ist. Klipstein endlich, der zahlreiche Sinnestäuschungen und langdauernde Wahnbildungen, die für die Dementia praecox beweisend sein sollen, bei langjährigen Kranken ohne erhebliche Einbuße der allgemeinen Geistesfähigkeiten und ohne katatonische Erscheinungen gesehen hat, während andere Fälle ohne jene eigentümlichen Willensstörungen rasch in deutliche geistige Schwäche übergingen, schließt, daß die Paranoia stets eine Verlaufsform der Dementia praecox darstelle.

Die Frage der Umgrenzung der Dementia praecox zu besprechen, ist hier nicht der Ort. Es genügt, auf die Hauptpunkte, die unseres Erachtens die Sonderstellung der Paranoia beweisen und sie von der paranoid-dementen Form der Schizophrenie unterscheiden, hinzuweisen. Wohl kommt es bei der Dementia paranoides zur Bildung zahlreicher Wahnideen, wohl ist dabei der Mechanismus der Wahnbildung im Grunde der gleiche als bei der Paranoia, insofern bei beiden Erkrankungen psychogenen Momenten in der Wahngenese eine große Bedeutung zukommt, wohl werden die wahnhaften Vorstellungen zum Teil geordnet und wird so ein im Augenblick mehr minder stabiles Wahngebäude errichtet, doch trennen die eigentlichen schizophrenen Symptome neben der Verschiedenheit des Verlaufes und Ausgangs diese Krankheitszustände von der Paranoia wesentlich. Neben den negativistischen Erscheinungen, den Manieren, kurz den katatonischen Symptomen, die die Fälle von Dementia paranoides meist schon im Beginne der Erkrankung zeigen, geben die Störungen des Willens, die unabhängig von den beherrschenden Vorstellungen und Affekten bestehen, die wertvollsten differentialdiagnostischen Momente ab. Während bei der Paranoia das Handeln der Kranken stets dem Wahne logisch entsprechend die an sich geistesgesunden Motive der Abwehr der Beeinträchtigungen, der Realisation der Größenvorstellungen, des Kampfes um Recht und Gerechtigkeit leicht nachweisen läßt, die zur Erreichung ihrer Zwecke getroffenen Maßnahmen Abbilder der dem Geistesgesunden in ähnlichen wirklichen Lebenslagen zu Gebote stehenden Mittel darstellen, steht das Handeln des Paranoid-dementen mit den nachweisbaren augenblicklichen Wahnvorstellungen meist nur zum kleinen Teile in Zusammenhang. Der größere Teil der Willensstrebungen bleibt absonderlich, dem Geistesgesunden unverständlich; undurchsichtig, wie ein großer Teil der Wahnideen sind auch die Beweggründe für die Handlungen. Es fehlt die Konsequenz der Willensstrebungen. Während die Reaktionen des Paranoikers auf seinen Wahn die Zeichen des ausgereiften Individuums an sich zu tragen pflegen, entsprechen die des Paranoid-dementen häufig denen des Kindes. Man hat den Eindruck, daß die Kranken selbst nicht an ihre wahnhaften Vorstellungen glauben; sie sind nicht mit ganzer Seele dabei, die Affektbetonung ihrer Ideen ist entweder wenig stark oder hat nicht die Richtung, die die Gefühlsbetonung ähnlicher normaler Vorstellungen des Geistesgesunden zeigt, schon früh entsteht meist eine große Gleichgültigkeit gegen die Beeinträchtigungsideen. Weiter verursacht das bei der Dementia paranoides stets vorhandene mehr minder starke Überwiegen des Innenlebens über die äußeren Empfindungen, die autistische Denkweise, schon frühzeitig eine Abnahme der geistigen Regsamkeit auf allen Gebieten, von der die allmählich sich ausbildende Einengung der Interessensphäre bei der Paranoia, die ein bestimmtes Gebiet überwertig werden läßt und nur dadurch auf anderen Gebieten eine Minderleistung verursacht, scharf zu trennen ist. Das Vorkommen wirklichkeitsfremder wahnhafter Vorstellungen, die im Erfahrungsschatze des Individuums keine Begründung haben, das sich bei der Dementia paranoides wohl stets nachweisen läßt, ist endlich ein besonders wichtiges Unterscheidungssymptom. Die Mangelhaftigkeit der Aufnahme neuer Erfahrungen, die die Vorstellungen regulieren, ist beiden Erkrankungen eigen; während aber bei der Paranoia die entstehenden Wahnvorstellungen an die vorhandenen Erfahrungen anknüpfen und durch weitere Erfahrungen kon-

trolliert, bestätigt und weiter ausgebaut werden, stehen die wahnhaften Einfälle des Paranoid-dementen zum großen Teile in keinerlei Beziehung zu tatsächlichen Unterlagen, sind „kaum noch oder nicht mehr zu enträtseln" (Kraepelin), was besonders die häufigen grotesken hypochondrischen und Versündigungsideen, ebenso aber auch die überspannten Größenvorstellungen deutlich erkennen lassen. Aber auch die in der ersten Zeit noch geordneten Wahnvorstellungsreihen werden in kurzem zerfahrener, wechselnder und abenteuerlicher und tragen den die Schizophrenie stempelnden Zerfall der psychischen Persönlichkeit deutlich an sich. Es löst eben bei der paranoiden Demenz eine Wahngruppe die andere in buntem Wechsel ab, bis schließlich dieser Wechsel ein derartig schneller wird, daß nur noch rätselhafte, abrupte, oft unsinnige wahnähnliche Vorstellungen von kurzer Dauer geäußert werden im Gegensatze zu dem auch in späteren Stadien von einem Leitmotiv beherrschten, lebenslang dauernden, im innersten Kern sich gleichbleibenden, meist auch dem geistesgesunden Menschen verständlichen, nie direkt unsinnigen Wahnsystem des Paranoikers. Ähnlich dem Fehlen logischer Beziehungen zwischen Vorstellen und Handeln ist der Unterschied, den die sprachlichen und schriftlichen Auslassungen des Paranoikers und des Paranoid-dementen aufweisen. Die Zerfahrenheit und Faseligkeit der sprachlichen Äußerungen des letzteren, die bis zur Sinnlosigkeit gehen können, seine karrikaturenhafte, verschrobene Schreibweise, die zudem häufig wechselt, unterscheidet ihn von dem sich einer gewandten, wenn auch oft etwas gezierten Ausdrucksweise bedienenden Paranoiker. Die sinnlosen Wortneubildungen, die Wortverstümmelungen, die die Paranoid-dementen oft mit den übrigen Schizophrenen gemein haben, für die die Kranken meist nur einen noch größeren Wortsalat oder aber ein verlegenes Lächeln als Erklärung haben, oder deren Erklärung die krausesten Wahnvorstellungen nebeneinander enthüllt, sind auch von eigenartigen, zum Teil neugebildeten Ausdrücken, die der Paranoiker für seine eigenartigen Sensationen, für die eine geläufige Bezeichnung nicht besteht, stets zu unterscheiden.

Daß zwischen beiden Erkrankungen tiefgehende Unterschiede bestehen, beweist endlich der Ausgang. Während der Paranoiker noch nach Jahrzehnten intellektuell auf der Höhe bleibt, wenn er auch infolge der Einschränkung des geistigen Horizontes und der Verbohrtheit in sein Wahnsystem eigenartig im Denken, Fühlen und Handeln wird, endet die Dementia paranoides, um Kraepelins Angaben zu folgen: am häufigsten in manierierte, etwas seltener in negativistische oder faselige Verblödung, in 12% der Fälle kommt es zu einem einfachen Schwachsinn, ebenso oft zu stumpfer Verblödung. Der Ausgang der Erkrankung muß so die Richtigkeit der differentialdiagnostischen Momente bestätigen, die nie in dem Auftreten gehäufter Sinnestäuschungen allein erblickt werden dürfen, die nur selten in der Verschiedenheit der Wahnideen an sich (hypochondrische, Versündigungsideen, überspannte, auf den ersten Blick schwachsinnige Größenideen, allgemeiner, nicht von bestimmten Personen hergeleiteter Beeinflussungswahn bei der Dementia paranoides) bestehen, dagegen stets in den neben dem Wahnsystem selbständig vorhandenen Störungen der Willensstrebungen, den gehäuften katatonischen Symptomen, dem Autismus, endlich in der Abspaltung der affektiven und der intellektuellen Komponenten und der dadurch bedingten Inkonsequenz der Handlungsweise zu erkennen sind. Alle diese spezifisch schizophrenen Symptome fehlen der Paranoia.

In der Gruppe der Dementia paranoides ist unseres Erachtens ein großer Teil der Krankheitsfälle enthalten, die Kraepelin neuerdings als

Paraphrenien

zusammengefaßt hat. Diese neueste Krankheitsgruppe der Kraepelinschen Systematik, die v. Hoesslin und Moravcsik anerkannten, die er als der Dementia praecox nahestehend schildert und mit dem gemeinsamen Namen der endogenen Verblödungen überschreibt, enthält wahnbildende Psychosen, die sich zum Teil durch langsame kombinatorische, später halluzinatorische Entwicklung eines fixierten Verfolgungs- und Größenwahnes ohne wesentliche selbständige Störungen des Willens, ohne wesentliche Abnahme der gemütlichen Ansprechbarkeit, ohne Entwicklung eines Intelligenzdefektes charakterisieren, bis herab zu solchen, die mit massenhaften unsinnigen Verfolgungs- und Größenvorstellungen, zahlreichen Sinnestäuschungen und Konfabulationen einhergehen, zu Grimmassieren, überhandnehmenden Wortneubildungen und Verschrobenheiten und Abstumpfung des gemütlichen Verhaltens führen und nach mehr minder langem Verlaufe eine deutliche geistige Schwäche zeigen. Während Krambach die Ergebnisse seiner Untersuchungen dahin zusammenfaßt, daß die Fälle, die der Paraphrenie Kraepelins entsprachen, kein Merkmal im Verhalten des Intellektes aufwiesen, das sie grundsätzlich von den paranoiden Formen der Dementia praecox unterschiede, daß sich in allen Fällen dieser Art Symptome fänden, die für die Dementia praecox als spezifisch gelten, er mithin die Paraphrenien als Zustandsbilder protrahierter schizophrener Erkrankungen ansieht, brachten uns eigene Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die Paraphrenia systematica und expansiva oder doch der größte Teil dieser Fälle aus dem Verbande mit der phantastischen und sicher auch der großen Masse der konfabulatorischen Paraphrenie auszuscheiden seien. Letztere Formen sind nach unseren heutigen Kenntnissen der Gruppe der Dementia paranoides zuzuteilen, worauf die abenteuerlichen, zusammenhangslosen, einem dauernden Wechsel unterworfenen, eben phantastischen Wahnideen, andererseits eine ausgedehnte primäre konfabulatorische Umdeutung des ganzen Vorlebens, die bei Fehlen einer hochgradigen Bewußtseinstrübung einen ausgedehnten Bewußtseinszerfall voraussetzt, ferner die zerfahrene, ziellose, in Maß und Art stets wechselnde Reaktionsweise des Kranken auf seine Vorstellungen, die vielen katatonen Symptome, der Ausgang des Leidens in meist hochgradige gemütliche Stumpfheit, Sprachverwirrtheit, ethischen Niedergang und häufig auch mehr minder starke intellektuelle Verblödung in Verbindung mit der Häufigkeit des Beginnes im Pubertätsalter hinweisen. Die Paraphrenia systematica und expansiva oder wenigstens ein sehr großer Teil der unter diesen Bezeichnungen zusammengefaßten Fälle gehören der Paranoia im hier umgrenzten Sinne an, so daß für die Gruppe der Paraphrenien in Kraepelinscher Fassung nichts übrig bleibt.

Recht schwierig ist in manchen Fällen die Unterscheidung der Paranoia von den wahnbildenden Psychosen, die auf dem Boden des

Chronischen Alkoholismus

erwachsen. Die Ähnlichkeit beider Zustände ist gelegentlich so groß, daß man von einer Alkoholparanoia gesprochen hat. Vor allem gilt das für den Eifersuchts-

wahn der Trinker. Wie bereits oben ausgeführt wurde, entsteht der Wahn beim chronischen Alkoholismus und bei der Paranoia im wesentlichen aus dem gleichen gemütlichen Zustande heraus, nur, daß die krankhafte Erhöhung der Affektivität, die den ersten Wahn auslöst, beim Alkoholismus der Intoxikation zuzuschreiben ist, während sie bei der Paranoia aus der paranoischen Konstitution schleichend sich entwickelt, daß beim Alkoholismus die Intoxikation die Grundlage der Psychose darstellt, die bei der Paranoia die spezielle degenerative Konstitution abgibt, wenngleich degenerative Momente auch bei dem ersteren in vielen, wohl in den meisten Fällen, wenn auch in geringerem Grade wirksam sind. Ausschlaggebend müssen zu Anfang der Psychose die Erscheinungen sein, die der Alkoholmißbrauch sonst im psychischen Geschehen und auf körperlichem Gebiete mit sich bringt, wobei unter den ersteren Symptomen die moralische Abstumpfung, die sittliche Depravation vor allem den Gegensatz zu den streng reflektierenden und hohe ethische Anforderungen an sich selbst und an andere stellenden Paranoikern darstellt. Im weiteren Verlaufe prägt sich beim chronischen Alkoholismus stets die emotive Schwäche und die Hemmungslosigkeit, in den späteren Stadien auch die Einbuße des Trinkers an Urteilskraft aus. Der eifersüchtige Paranoiker haßt das Objekt seiner Eifersucht schließlich von ganzer Seele und nur die Furcht vor der gesetzlichen Strafe, die ihm wohlbekannt ist, vermag ihn von einer Gewalttat zurückzuhalten und hält ihn auch meistens davon zurück. Der eifersüchtige Trinker dagegen schreitet viel leichter zur Gewalttat, weil bei ihm die normalen sittlichen Hemmungen, die dem Verbrechen entgegentreten, gelockert sind, weil seine Urteilskraft soweit herabgesetzt ist, daß er die Folgen seiner Tat für sich selbst nicht mehr abzuschätzen vermag. Andererseits betont der Alkoholiker kurz nach der Tat, wie lieb er das Opfer seiner Eifersucht hatte, wie weh es ihm tat, daß man ihn hinterging, daß er deshalb dem Treiben habe ein Ende machen müssen, ja, er sucht gelegentlich sich selbst und sein Opfer während der Tat von dem ethischen Werte derselben zu überzeugen, die stets einen theatralischen Anstrich hat, die eben, wie die ganze Handlungsweise des paranoiden Trinkers mehr in der durch den Alkohol bedingten sittlichen Verkommenheit und dem darin begründeten Verluste ethisch begründeter Hemmungen ihren Ursprung hat, als in einem logisch aus den erotischen Beeinträchtigungsideen erwachsenen Haß und der ins Extrem gesteigerten Abwehr der vermeintlichen Beeinträchtigungen. Der Paranoiker, der zur Gewalttat schritt, verteidigt dieselbe nachher mit aller Schärfe seines Verstandes; er gibt zu, sich gegen das Gesetz vergangen zu haben, sucht sein Verbrechen aber mit der Größe der ihm zugefügten vermeintlichen Beeinträchtigung zu erklären und zu rechtfertigen. Der Trinker sucht schwachsinnig seine Handlung als eine Wohltat für sein Opfer hinzustellen, er gefällt sich in der Maske der verkörperten Gerechtigkeit. Die Vorgeschichte und die körperlichen Erscheinungen des Alkoholismus müssen in manchen Fällen den differentialdiagnostischen Ausschlag geben, ebenso gelegentlich, besonders in jüngeren Fällen der Erfolg einer Entziehungskur, die häufig, wenn auch nicht immer ein Abblassen, nur selten ein völliges Verschwinden der wahnhaften Vorstellungen bei chronischem Alkoholismus zur Folge hat.

Syphilitische wahnbildende Psychosen.

Die syphilitischen wahnbildenden Psychosen, die in seltenen Fällen, meist nur vorübergehend an das Bild der Paranoia erinnern, unterscheiden sich von der letzteren durch das Vorhandensein spezifischer organischer Krankheitserscheinungen von seiten des Gehirns oder Rückenmarks. Es fehlt bei den meisten auf dem Boden der Lues entstehenden paranoiden Zuständen die dauernde fortschreitende Systematisierung des Wahnes, es handelt sich bei ihnen in der Regel um paranoide Zustände, die akut oder subakut entstehen und etwa dem, was von manchen Autoren als „akute Paranoia", wie oben besprochen, bezeichnet wurde, entsprechen. Das Augenblicksbild kann unter Umständen dem der Paranoia ähnlich sein, doch werden die körperlichen Symptome wie auch der Wechsel der Wahnvorstellungen, ihre Unklarheit, deutlich schwachsinnige Züge sowie die Inkonsequenz der Handlungsweise sie leicht von der Paranoia in der hier gefaßten Umgrenzung unterscheiden lassen.

In seltenen Fällen kommen aber auch, wie bereits gelegentlich der Besprechung der Komplikationen der Paranoia erwähnt wurde, Verbindungen anscheinend echt paranoischer psychotischer Syndrome, vor allem mit der Tabes dorsalis vor, die zum Teil, soweit sich nach mehr minder langer Zeit sichere Erscheinungen einer Dementia paralytica entwickeln, nur ein paranoides Vorstadium der letzteren bilden, in den Fällen jedoch, in denen die paralytischen Erscheinungen bei jahrzehntelangem Bestehen der wahnbildenden Psychose bis zum Lebensende ausbleiben, als echte Komplikationen der syphilitischen Rückenmarkserkrankung mit einer Paranoia, vielleicht beides auf der gemeinsamen Grundlage der mangelhaften Anlage und des pathologischen Aufbrauchs des Zentralnervensystems entstanden, aufgefaßt werden müssen.

Mit den in Anlehnung an Meynert als

Amentia

bezeichneten akuten Psychosen hat die Paranoia eigentlich außer dem allgemeinen Symptom des Bestehens von Wahnvorstellungen nichts gemein. Eine Verwechslung beider Zustände ist weniger in der Hinsicht möglich, daß Amentiaformen für eine Paranoia gehalten werden, als dadurch, daß eine akut entstehende Paranoia oder aber akute Schübe dieser Erkrankung irrtümlich als Amentia angesprochen werden, vor allem bei der Paranoia hallucinatoria, da auch bei ihren akuten interkurrenten Episoden neben häufiger wechselnden ausschmückenden Wahnideen, der stärkeren Störung der Affektivität, lebhafteren und vermehrten Sinnestäuschungen eine, wenn auch wohl nie höhere Grade erreichende Verworrenheit eintreten kann, die zusammen mit den übrigen akuten Erscheinungen den Grundwahn, das eigentliche Wahnsystem der Paranoia vorübergehend zu verbergen vermag. Eine Verwechslung ist, wie schon daraus hervorgeht, einmal in den Fällen möglich, in denen die Paranoia in akutester Weise beginnt, andererseits, soweit es sich um interkurrente Erregungszustände handelt, in den Fällen, in denen jede Vorgeschichte fehlt. Die Fälle, die so der Stellung dieser Differentialdiagnose Schwierigkeiten bereiten, sind sehr selten. Der weitere Verlauf nach Abklingen der Erregung beseitigt bald jeden Zweifel. Wie bereits oben hervorgehoben, ist aber derartigen Fällen von anscheinender Paranoia mit akutestem

Beginne, noch mehr aber solchen mit akutesten, unter Verworrenheit verlaufenden interkurrenten Erregungszuständen gegenüber größte Skepsis am Platze, da es sich, auch wenn eine chronische Psychose vorliegt, weit häufiger um paranoide, in die Gruppe der Schizophrenie fallende psychotische Zustände handelt als um eine Paranoia.

Senile Wahnsinnsformen.

Gemäß der theoretischen Erklärung der Paranoia als einer vorzeitigen Alterserscheinung ist es erklärlich, daß häufig die Frage zu entscheiden ist, ob eine Paranoia im hier umgrenzten Sinne oder aber eine wahnbildende Psychose im Beginne der Dementia senilis vorliegt, vor allem der langgestreckten, schleichend verlaufenden, präsenil beginnenden Form, die Kraepelin wegen ihres von der gewöhnlichen senilen Demenz abweichenden Beginnes und einzelner Abweichungen in der Symptomatologie zur Aufstellung eines besonderen „präsenilen Beeinträchtigungswahnes" veranlaßte. Die Gedankengänge, die die Kranken beherrschen, sind bei beiden Psychosen gleicher Natur. Es ist bereits an anderer Stelle der egozentrischen Einengung der Interessensphäre mit ihrer Neigung zur Unbelehrbarkeit und Rechthaberei, des Klebens an den alteingewurzelten Vorstellungen und der Neigung zu mißtrauischer Beargwöhnung der Umgebung gedacht worden, die sich im Senium überhaupt und, krankhaft übertrieben und verzerrt im Krankheitsbilde der senilen wahnbildenden Psychosen wie auch in dem der Paranoia finden. Außer der allmählich eintretenden und fortschreitenden Entwicklung einer höhergradigen Urteils- und Merkfähigkeitsschwäche läßt jedoch auch das senile Wahnsystem wesentliche Abweichungen von dem der Paranoia erkennen. Vor allem tritt bei dem ersteren stets in frühen Krankheitsstadien eine gewisse, sich progressiv steigernde Abenteuerlichkeit der Beeinträchtigungsvorstellungen und das Überwiegen hypochondrischer Ideen hervor. Es fehlt dagegen die Verbohrtheit in das eigene Wahnsystem, das weniger streng konsolidiert ist als das der Paranoia, es kommt zur Preisgabe einzelner Vorstellungen für kürzere Zeit oder für immer, zu einem Wechsel der Wahnfabel. Endlich fehlt den senilen Wahnsinnsformen die Konsequenz der Handlungsweise und der Angriffsgeist der Paranoia. Der Paranoiker sucht sich gegen die wahnhaften Beeinträchtigungen und Verfolgungen mit ganzer Kraft zu wehren und wird dadurch bald mehr zum Angreifer als zum Verfolgten; der senile Wahnsinnige fühlt sich als unschuldiges Opfer seiner Widersacher, ohne in seinem Gefühle körperlicher und geistiger Ohnmacht seine Lage ändern zu können; der melancholische Wahnsinnige erträgt die Beeinträchtigungen und Verfolgungen geduldig im Bewußtsein seiner Schuld; der schizophrene Paranoid-demente endlich betrachtet sie im wesentlichen als uninteressierter Zuschauer, ohne den dem Geistesgesunden entsprechenden Anteil an den Eingriffen in sein Wohlergehen zu nehmen, ohne das Schuldgefühl des Melancholikers, ohne das Gefühl der Ohnmacht des Senil-dementen und doch ohne den Willen, sie zu vermeiden oder abzuwehren, der für den Paranoiker kennzeichnend ist.

Literaturverzeichnis.

Banse: Zur Klinik der Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **11**. 1912.
Bartels: Zwei bemerkenswerte Fälle von Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **50**. 1894.
Becker: Zur Diagnose paranoischer Zustände. Münch. med. Wochenschr. 1914.
Berger: Klinische Beiträge zur Paranoiafrage. Monatsschr. f. Psych. **34**. 1913.
Berze: Über das Primärsymptom der Paranoia. Halle 1903.
Binswanger. — Siemerling: Psychiatrie. Jena 1911.
Birnbaum: Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaften Einbildungen bei Degenerierten. Halle 1908.
— Über vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis. Zentralbl. f. Nervenheilkunde 1908.
— Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden 1909.
— Zur Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **29**.
Bleuler: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle 1906.
— Die Schizophrenie oder die Gruppe der Dementia praecox. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie.
Boedecker: Referat für Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **50**. 1894.
— Schlußwort zur Diskussion. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
Boege: Die periodische Paranoia. Archiv f. Psych. **43**. 1908. (Hier weitere Literatur.)
Brassert: Über sekundäre Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1906.
Bruns: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1906.
Buch: Fall von akuter primärer Verrücktheit. Archiv f. Psych. **11**. 1898.
Bumke: Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909.
Cramer: Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
— Pathologisch-anatomischer Befund in einem akuten Falle der Paranoiagruppe. Archiv f. Psych. **29**. 1897.
— Über krankhafte Eigenbeziehungen und Beachtungswahn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **59**. 1902.
Dieckhoff: Die Psychosen bei psychopathisch Minderwertigen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **55**. 1898.
Diskussion zum Referat Cramer-Boedecker: Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1894.
Ennen: Paranoia oder manisch-depressives Irresein? Zentralbl. f. Nervenheilk. **32**. 1909.
Falkenberg: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.
Flügge: Über geistige Schwächezustände eigentümlicher Art als Ausgangsstadium der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
Forster: Über die Affekte. Monatsschr. f. Psych. **19**. 1906.
— Über die Bedeutung des Affektes in der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. **31**. 1908.
— Nochmals die Frage des Affektes bei Paranoia. Monatsschr. f. Psych. **32**. 1912.
Freyberg: Ein Fall von Paranoia mit Ausgang in Heilung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **58**. 1901.
Friedmann: Über den Wahn. Wiesbaden 1894.
— Zur Kenntnis und zum Verständnis milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Centralbl. **14**. 1895.
— Weiteres zur Entstehung der Wahnideen und über die Grundlage des Urteils. Monatsschr. f. Psych. **1**. 1897.
Ganser: Über Wahnideen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.

Gaupp: Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Neurol. Centralbl. **28**. 1909.
— Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1910.
Gerlach: Querulantenwahn, Paranoia und Geistesschwäche. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
Golla: Paranoide Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **70**. 1913.
Griesinger: Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Berlin. Archiv f. Psych. **1**. 1868/69.
Hermann: Über die klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahnes. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **66**. 1909.
Hertz: Ist die Ausdrucksweise „Verrücktheit, primäre Verrücktheit" in dem jetzt gebräuchlichen Sinne in unsere Technik einzubürgern oder nicht? Allgem. Zeitschr. f. Psych. **34**. 1878.
— Wahnsinn, Verrücktheit, Paranoia? Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
Hitzig: Über den Querulantenwahn. 1895.
— Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
v. Hoesslin: Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **18**. 1913.
Hoppe: Ein Fall von Querulantenwahnsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **59**. 1902.
Hübner: Über paranoide Erkrankungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**. 1915.
Jaspers: Eifersuchtswahn. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **1**. 1910.
Jastrowitz: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
— Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.
Jelgersma: Das System der Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **13**. 1912.
Ilberg: Über halluzinatorischen Wahnsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
Jolly: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
— Degenerationspsychose und Paranoia. Charitéannalen 1903.
Jung: Über die Verrücktheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **38**. 1882.
Kahlbaum: Über einen Fall von Pseudoparanoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **49**. 1893.
Kirchhoff: Paranoia. Lehrbuch der Psychiatrie 1892.
Kleist: Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Psych. **5**. 1911.
— Die Involutionsparanoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **70**. 1913.
Klipstein: Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox Kraepelins. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **63**. 1906.
Koch: Beitrag zur Lehre von der primären Verrücktheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **36**. 1880.
— Überwertige Ideen. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1896.
Köppen: Zur Lehre von der überwertigen Idee und über die Beziehung derselben zum Querulantenwahnsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
— Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. Archiv f. Psych. **28**. 1896. (Hier weitere Literatur.)
— Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung und Diskussion. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
— Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.
— Über akute Paranoia. Neurol. Centralbl. **18**. 1899.
— Über akute Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **56**. 1899.
Kraepelin: Die Abgrenzung der Paranoia. Neurol. Centralbl. 1892.
— Die Abgrenzung der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **50**. 1894.
— Über paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **11**. 1912.
— Paranoia. Lehrbuch 1915.
v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie 1893.
Krause: Über Zustände von Verwirrtheit mit Aufregung oder Stupor im Beginne und Verlaufe der chronischen Paranoia. Monatsschr. f. Psych. **1**. 1897.
Kreuser: Spätgenesungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **57**. 1900.
— Über Paranoia. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen **2**. 1904.
Krueger: Über Paranoia hallucinatoria. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **12**. 1912.
— Beiträge zur Klinik der Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **20**. 1913.
— Zur Frage nach der nosologischen Stellung der Paraphrenien. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **28**. 1915.

Lehmann: Paranoia — Affekt — Verfolgungs- — Größenwahn. Psych. Neurol. Wochenschr. 1909.
Liebmann: Über eine querulierende Familie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
Linke: Zur Pathogenese des Beachtungswahnes. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.
— Noch einmal der Affekt der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **59**. 1902.
Löwy: Subakute Raucherparanoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **5**. 1911.
Magnan: Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von Moebius. Leipzig 1891.
Maier: Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **13**. 1912.
Margulies: Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. **10**. 1901.
Matusch: Der Einfluß des Klimakteriums auf Entstehung und Form der Geistesstörungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **46**. 1890.
Mendel: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
— Paranoia. Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart 1902.
— Paranoia. Eulenburgs Realenzyklopädie.
— (Kurt): Über Querulantenwahnsinn und „Neurasthenia querulatoria" bei Unfallverletzten. Neurol. Centralbl. **28**. 1909.
Mercklin: Studien über die primäre Verrücktheit. Dorpat 1879.
— Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **47**. 1891.
— Bemerkungen zur Paranoiafrage. Neurol. Centralbl. **28**. 1909.
— Über das Verhalten des Krankheitsbewußtseins bei der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
Meschede: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
Meyer: Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und katatonischen Zustände. Archiv f. Psych. **32**. 1899.
— Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahnes. Archiv f. Psych. **34**. 1901.
— Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahnes und Bemerkungen zur Paranoiafrage. Archiv f. Psych. **46**. 1910.
Meynert: Die akute (halluzinatorische) Form des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrb. f. Psych. **2**. 1879/81.
— Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890.
Mittenzweig: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
Moeli: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
— Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
— Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.
Moravcsik: Klinische Mitteilungen 1914. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **70**. 1914.
— Über paranoische Geistesstörungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**. 1916.
Neisser: Über die originäre Verrücktheit (Sander). Archiv f. Psych. **19**. 1888.
— Eine besondere Form der Wahnbildung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **49**. 1893.
— Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **51**. 1895.
— Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
— Paranoia und Schwachsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.
Orschanski: Über Bewußtseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Paranoia. Archiv f. Psych. **20**. 1889.
Pfister: Über Paranoia chronica querulatoria. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **59**. 1902.
Pick: Zur Lehre von den initialen Symptomen der Paranoia. Neurol. Centralbl. 1902.
Pilcz: Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901.
Richter: Dementia paralytica als Komplikation einer Paranoia hallucinatoria chronica. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **55**. 1898.
Rüdin: Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahnes in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahnes und ohne Korrektur. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **60**. 1903.
Saiz: Dementia praecox und Paranoia hallucinatoria chronica. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **68**. 1911.
Salgo: Kompendium der Psychiatrie. Wien 1889.
— Noch einmal Paranoia und Schwachsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **53**. 1897.

Sandberg: Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
Sander: Über eine spezielle Form der primären Verrücktheit. Archiv f. Psych. **1**. 1868/69.
Schäfer: Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **36**. 1880.
Schneider: Ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **60**. 1903.
Schnizer: Die Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Referate **8**. 1914. (Hier weitere Literatur.)
— Die Paranoiafrage. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. **27**. 1915.
Scholz: Über primäre Verrücktheit. Berliner klin. Wochenschr. 1880.
Schönthal: Über die akute halluzinatorische Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **48**. 1892.
Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten. 1878.
— Spezielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. Leipzig 1886.
— Zur Paranoiafrage. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. **50**. 1894.
Schultze: Bemerkung zur Paranoiafrage. Deutsche med. Wochenschr. 1904.
Seelert: Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. Archiv f. Psych. **55**.
— Paranoische Erkrankung auf manisch-depressiver Grundlage. Monatsschr. f. Psych. **36**.
Serbski: Über die akuten Formen der Amentia und Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **48**. 1892.
Sérieux et Capgras: Les folies raisonnantes 1909.
Siemerling: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**. 1896.
Snell: Über Monananie als primäre Form der Seelenstörung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **22**. 1865.
— Die Überschätzungsideen der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **46**. 1890.
Sommer: Tabes mit Paranoia und terminaler Paralyse. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **42**. 1886.
— Paranoia. Leydens deutsche Klinik 1906.
Specht: Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. 1901.
— Chronische Manie und Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. **31**. 1905.
— Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. 1908.
Stransky: Zur Entwicklung und zum gegenwärtigen Stande der Lehre von der Dementia praecox (Schizophrenie). Journ. f. Psych. u. Neurol. 1905.
— Das manisch-depressive Irresein. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie 1911.
— Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **18**. 1913.
Strohmeyer: Paranoia. Monatsschr. f. Psych. **19**.
Thalbitzer: Manischer Wahnsinn. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **1**. 1910.
Thomsen: Wahnbildung und Paranoia. Medizinische Klinik 1908.
— Die akute Paranoia. Archiv f. Psych. **45**. 1909. (Hier weitere Literatur.)
Tiling: Zur Paranoiafrage. Psych. Neurol. Wochenschr. 1901/02.
Tintemann: Unfall und Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**. 1916.
Többen: Ein Beitrag zur Kenntnis des Eifersuchtswahnes. Monatsschr. f. Psych. **19**. 1906.
Werner: Die Paranoia. Stuttgart 1891.
Wernicke: Über fixe Ideen. Deutsche medizinische Wochenschr. 1892.
— Zur klinischen Abgrenzung des Querulantenwahnes. Monatsschr. f. Psych. **2**. 1897.
— Grundriß der Psych. 1900.
Westphal: Über die Verrücktheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **34**. 1878.
Weygandt: Zur Paranoiafrage. Archiv f. Psych. **47**. 1910.
Wille: Die Lehre von der Verwirrtheit. Archiv f. Psych. **19**. 1888.
— Die Verwirrtheit 1889.
Wilmanns: Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1910.
Ziehen: Über die Störungen des Vorstellungslaufes bei Paranoia. Archiv f. Psych. **24**. 1892.
— Über die Affektstörung der Ergriffenheit bei akuten Psychosen. Monatsschr. f. Psych. **10**. 1901.
— Lehrbuch der Psychiatrie.

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE
HERAUSGEGEBEN VON
M. LEWANDOWSKY-BERLIN UND K. WILMANNS-HEIDELBERG
HEFT 14

STUDIEN ÜBER DEN HIRNPROLAPS

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER LOKALEN POSTTRAUMATISCHEN HIRNSCHWELLUNG NACH SCHÄDELVERLETZUNGEN

VON

Dr. HEINZ SCHROTTENBACH
ASSISTENT AN DER K. K. UNIVERSITÄTSNERVENKLINIK IN GRAZ
(VORSTAND: PROF. DR. FRITZ HARTMANN)

MIT ABBILDUNGEN AUF 19 TAFELN

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1917

Alle Rechte,
insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright
by Julius Springer in Berlin
1917.

Vorwort.

Im gegenwärtigen Kriege sind infolge der Eigenart der Kampfmittel und der Kampfweise die Schädelschüsse so häufig, daß bei den Armeen bereits besondere Schutzhelme zur Einführung gekommen sind. Insbesondere kommen auch infolge der Rasanz der modernen Feuerwaffen die Tangentialschüsse des Schädels mit breiter Eröffnung des Knochens öfter vor als in früheren Kriegen. Obwohl die moderne Chirurgie große Fortschritte in der operativen Behandlung von Schußverletzungen des Schädels aufweist, so bieten ihr doch häufig Komplikationen derselben große Schwierigkeiten. Von diesen Komplikationen ist der sogenannte Prolaps des Gehirnes wegen der damit häufig auftretenden Entzündung, Abszedierung oder Nekrose der prolabierten Masse gefürchtet.

Unter Hirnvorfall wird derzeit der Austritt zusammenhängender Hirnmassen durch eine Lücke der Weichteile des Schädels und der Dura verstanden.

Obwohl dieser Prozeß häufig und genau beobachtet ist, sind die Anschauungen über seine Pathogenese noch vielfach verschieden und unklar, so daß ein Beitrag zur Klärung der in dieser Hinsicht schwebenden Fragen gerade in der jetzigen Zeit nicht unangebracht erscheint.

Im Anfange des Krieges stand mir relativ reichliches Material von Schädelschüssen infolge direkten Abtransportes der Verwundeten von der Front ins Hinterland zur Verfügung. Hierbei kamen auch einige Hirnprolapse zur Beobachtung. Die chirurgische Behandlung solcher bot wie immer, so auch hier Schwierigkeiten.

Es ergab sich die Frage, ob die Gewebsstruktur der Prolapse einen Hinweis darauf ergebe, welche Richtung die chirurgische Behandlung einzuschlagen habe; wird doch von einigen Chirurgen die konservative Behandlung, von anderen die radikale Abtragung des Hirnvorfalles bevorzugt.

Das Studium der feineren morphologischen Verhältnisse des aus der Schädelduralücke prolabierten Gewebes erschien weiterhin auch deshalb interessant, weil genaue histologische Untersuchungen über dieses Thema sich in der Literatur nicht vorfinden.

Naturgemäß mußte das zur Untersuchung kommende Material durch äußere Umstände beschränkt sein, besonders auch durch die Indikationsstellung zur Abtragung oder Exzision der Hirnprolapse in vivo. Immerhin konnte ein verhältnismäßig reichhaltiges Material der histologischen Untersuchung zugeführt werden.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorwort III

I. Einleitung 1

a) Bisherige Anschauungen über den Hirnvorfall 1

b) Ergebnis der Literaturübersicht 10

II. Betrachtung der physikalischen Verhältnisse beim primären und sekundären Hirnvorfall und dessen Beziehungen zum Schädelinnendruck 11

a) Übersicht über unsere Kenntnisse von den normalen Druckverhältnissen in der Schädel-Rückgratshöhle 13

b) Allgemeine Pathologie des Hirndruckes (Hirndrucktheorien) 14

c) Hirndrucksteigernde Erkrankungen und operative Herabsetzung des Hirndruckes 21

1. Die Erkrankungen des knöchernen Schädels 22

2. Die Erkrankungen der Hirnhäute 23

3. Die Erkrankungen des Gehirns 24

4. Traumatische Hirnschädigung und Hirndruck 28

d) Kritik der bisherigen Anschauungen über die Pathogenese des Hirnprolapses unter Berücksichtigung seiner Beziehungen zu den hirndrucksteigernden Erkrankungen 30

III. Eigene Untersuchungen über den Hirnvorfall 35

A. Krankengeschichten 36

B. Anatomisches Material (Konservierung, Einbettung, Färbemethoden). . . 40

C. Befunde und Ergebnisse am anatomischen Material mittels der einzelnen Färbemethoden 42

1. Hämatoxylin-Eosin-Färbung 42

2. Hämatoxylin van Giesonsche Färbung 50

3. Achsenzylinderimprägnation nach Bielschowsky und Markscheidenfärbung nach Weigert 52

4. Cajalsche Sublimat-Gold-Reaktion der Neuroglia 53

5. Fischer-Herxheimersche Fettreaktion 60

D. Zusammenfassung der histologischen Befunde 65

IV. Ergebnisse der eigenen Untersuchungen 68

V. Schlußfolgerungen 75

VI. Literaturverzeichnis 77

Verzeichnis der abgekürzten Bezeichnungen auf den Mikrophotogrammen . . . 80

I. Einleitung.

a) Bisherige Anschauungen über den Hirnvorfall.

Bruns (1) beschreibt in seiner „Praktischen Chirurgie" 1854 eingehend die Entstehung und den Verlauf des Hirnvorfalles; er schätzt dessen Mortalität auf zwei Drittel der Fälle ein, hebt jedoch ausdrücklich hervor, daß die Kranken nicht an den Folgen des Prolapses selbst starben, sondern vielmehr infolge des in der Schädelhöhle vor sich gehenden „exsudativen Prozesses". Bruns legt also ein Hauptgewicht auf beim Prolaps ablaufende exsudative, id est entzündliche Vorgänge, ohne allerdings genauer auf den Ort, wo sich dieselben beim Hirnvorfall abspielen, einzugehen.

Demme (2) sah im italienischen Feldzug 1859 21 Fälle von Hirnvorfall, von denen 5 als chirurgisch geheilt bezeichnet werden.

Pirogoff (3) meinte später (1864) von den Hirnprolapsen Demmes, daß sie zum größten Teil dessen großer Vielgeschäftigkeit bei der Behandlung von Schädelschüssen zuzuschreiben seien; die geheilten Fälle seien nur „einigermaßen gerettet", da sie „das Senken des Kopfes, Schlafanwandlungen, Müdigkeit, Abnahme des Gedächtnisses und Störungen der Sprache zurückbehalten hätten". Nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse dürfen wir diese Restbefunde wohl auf lokale oder allgemeine Schädigungen des Großhirnes selbst zurückführen und nicht wie Pirogoff als direkte Folgen des abgeheilten Prolapses ansehen.

Pirogoff selbst erwähnt in seiner Arbeit im ganzen 5 selbstbeobachtete Fälle von Hirnvorfall, welche sämtlich mit dem Tode endeten; er führt diese ungünstigen Ausgänge einerseits auf die Größe der Prolapse (hühnereigroß), andererseits auf die stets auftretende Anlage zur Gangräneszenz zurück.

Podratzki (4) bestätigt ebenfalls die schlechte Prognose des Hirnvorfalles und glaubt, daß nur in höchst seltenen Fällen eine Heilung desselben erfolge. Über die Entstehungsursachen desselben verbreiten sich die drei letztgenannten Verfasser nicht.

Mack (5) berichtet im Gegensatz über mehrere geheilte Fälle von Hirnprolaps.

Alcock Nixon (6) verlor einen Patienten mit Hirnprolaps infolge einer plötzlich auftretenden profusen Blutung aus einem arrodierten Gefäß. Er zieht aus diesem Vorkommnis keine weiteren Schlüsse.

Bergmann (7) vertritt die Meinung, daß die Wegnahme großer Stücke des Schädels und der Dura leicht und oft von der schnellen Entwicklung eines

tödlichen Hirnödems gefolgt sei. Er begründet diese Ansicht damit, daß die teilweise Wegnahme des Knochengehäuses eine Hyperämie der unter der Öffnung liegenden Hirnpartie erzeuge und zwar als Folge der Befreiung des Gehirnes von dem regelmäßigen und gewohnten Drucke, der sonst auf ihm laste. Nach der Befreiung von dem sonst auf ihnen lastenden Druck sollen sich zunächst vorzugsweise die Venen ausdehnen und eine unmittelbare Folge der dann auftretenden Hyperämie sei dann das (lokale und allgemeine) Hirnödem.

Denker (8) meint nach Beobachtung eines Falles von operiertem Abszeß im Stirnhirn mit folgendem Hirnvorfall, daß die „tiefe Lage der Trepanationsöffnung" die Gefahr eines Prolapses vergrößere; er denkt also offenbar an ein einfach mechanisch begründetes „Heraushängen" des Gehirnes aus einer tiefliegenden Schädellücke.

Knapp (9) berichtet über einen Fall von operiertem Schläfenlappenabszeß, bei welchem sich 3 Tage nach der Operation ein gänseeigroßer Hirnprolaps ausbildete. Gegen Ende des 2. Monates nach der Operation verkleinerte sich die „vorgetriebene Hirnmasse" allmählich und ganz stetig und war im Verlauf von weiteren 6 Wochen im Schädel verschwunden. Der Verfasser sucht weder für das Auftreten noch für die Rückbildung des Prolapses eine Erklärung zu finden.

Bockelmann (10) hat einen Hirnprolaps bei einem 6jährigen Knaben nach komplizierter Schädelfraktur gesehen. Er hat beobachtet, daß bei heftigem Schreien des Patienten der Hirnvorfall sich jedesmal während der forcierten Exspiration mehr und mehr „vordrängte", bei der Inspiration aber nicht in gleichem Maße wieder zurückging.

Bockelmann meint, daß die infolge augenblicklich erhöhten intrakraniellen Druckes einmal vorgedrängte Hirnpartie dadurch, daß ihre Basis größer gewesen sei als die Knochenlücke, durch den Knochenrand jedesmal nach dem Vordringen „eingeklemmt und am Zurücktreten gehindert wurde". Der Verfasser äußert sich nicht darüber, ob der Prolaps dauernd immer mehr vergrößert wurde oder ob er einige Zeit nach den beschriebenen Vorgängen sich wieder auf die frühere Größe rückbildete; das letztere ist wohl aus verschiedenen Gründen das Wahrscheinlichere.

Eine ähnliche Beobachtung bringt Diller (11); er sah, wie sich bei einem Patienten mit Tumor cerebri und Hydrocephalus im Verlaufe der Operation während eines Hustenanfalles ein Hirnvorfall bildete, der zurückging, sobald das Husten aufhörte.

Solche und ähnliche Beobachtungen stehen im völligen Einklang mit den Tatsachen, welche Canestrini (150) an der offenen Fontanelle des neugeborenen Kindes und ich selbst und zahlreiche andere Untersucher an Erwachsenen mit hautbedeckten Schädellücken feststellen konnten; hier wie dort wölbt sich das Gehirn bei forcierter Exspiration, besonders beim Schreien, aber auch (beim Erwachsenen) beim Lautsprechen deutlich vor. Diese Erscheinung wurde mittels Luftübertragung auf eine Mareysche Trommel auch graphisch dargestellt. Es konnte jedoch stets festgestellt werden, daß das vorgewölbte Gehirn sofort oder kurze Zeit nach dem Aufhören des Schreiens, Sprechens usw. wieder in seine frühere Lage zurückkehrte. Eine längerdauernde Vorwölbung konnte niemals beobachtet werden, trotzdem dieselbe oft im Augenblicke eine verhältnismäßig beträchtliche Größe erreichte und besonders bei Schädellückenmenschen

Gelegenheit zur „Einklemmung" gewiß vorhanden gewesen wäre. Die Vorwölbung nicht von Knochen bedeckter Hirnpartien bei forcierter Exspiration erfolgt eben nur infolge des augenblicklich erhöhten intrakraniellen Druckes; sollte sich wirklich infolge Abschnürung durch den Knochenrand eine momentane Stauung in der vorgetriebenen Hirnpartie ausbilden, so ist reichlich Gelegenheit zum raschen Abfluß der Stauungsflüssigkeit sowohl durch die Blutgefäße und Lymphwege als auch — bei freiliegendem Gehirn — nach außen gegeben.

Müller (12) berichtet über einen Fall von Otitis media chronica, bei welchem wegen Verdachtes auf Hirnabszeß zunächst über dem Schläfenlappen, 3 Tage später über dem Kleinhirn trepaniert wurde, ohne daß ein Abszeß gefunden worden wäre. An beiden Schädellücken bildeten sich mächtige Prolapse, welche sich in der 5. und 6. Woche nach den Operationen unter bindegewebiger Umwandlung und narbiger Schrumpfung oberflächlicher Granulationen allmählich rückbildeten. Müller stellt epikritisch die Diagnose auf Meningitis serosa und schreibt: „Ihren das Leben bedrohenden Charakter verloren die von dem Exsudat ausgehenden Hirndruckerscheinungen mit dem Augenblicke, in welchem durch die Öffnung der Schädelkapsel dem Gehirn die Möglichkeit gegeben war auszuweichen, sich auszudehnen. So konnte unter dem stetigen Ausweichen der Hirnmasse und unter stetiger Zunahme des Prolapses der entzündliche Prozeß und das Exsudat in den Ventrikeln ohne Lebensgefahr für die Kranke seinen Höhepunkt erreichen, worauf dann das Exsudat zur Resorption kam, dessen Ausgangspunkt mit der Radikaloperation am Ohre ja entfernt war."

Der Verfasser führt also das Auftreten der Prolapse einzig auf die Erhöhung des intrakraniellen Druckes infolge einer (post hoc, ergo propter hoc) angenommenen Meningitis serosa zurück. Diese Folgerung zeigt jedoch sowohl in ihren Voraussetzungen als auch in ihrer Durchführung wesentliche Lücken: zunächst würde eine vom Ohre ausgehende Meningitis serosa wohl hauptsächlich zur Flüssigkeitsvermehrung in den Meningealräumen und erst sekundär zu einer solchen in den Ventrikeln führen. Dann wäre aber durch die Eröffnung des Schädels an zwei Stellen mehr als hinreichend Gelegenheit zum Abflusse des Exsudates oder Transsudates, also zum Ausgleich des Hirndruckes, gegeben. Und wenn wirklich ein sekundärer Hydrocephalus internus bestand, so dürfte sich auch dieser infolge der durch die Schädeleröffnung augenblicklich verbesserten Zirkulationsverhältnisse im Schädelinneren rasch zurückbilden und also nicht die Ursache für ein länger dauerndes „Vordrängen der Hirnmasse" durch die Schädellücken sein. Insonderheit kann das „stetige Zunehmen des Prolapses" nach diesen Erwägungen nicht aus einer Drucksteigerung infolge stetiger Zunahme freier Flüssigkeit in der offenen Schädelkapsel erklärt werden, da ja der Grund für eine solche Druckerhöhung mit der gegebenen Möglichkeit des Abflusses wegfällt.

Mignon (13) schnürte einen Hirnprolaps langsam ab, zuerst mit Gaze, dann mit einem Drainrohr, endlich mit Seidenfaden; in der Folge wurde der Prolaps nekrotisiert und stieß sich zum größten Teile ab. Nach Deckung des Defektes mittels Hautperiostlappen trat glatte Heilung ein. Der Verfasser beweist durch dieses therapeutische Verfahren des allmählichen Abtragens eines Hirnvorfalles, daß er denselben nicht als lebensfähige und funktionstüchtige Hirnsubstanz ansieht, sonst wäre ja die Abtragung gleichbedeutend

mit der Setzung einer schweren Gehirnverletzung. Die Ansicht, daß ein Prolaps nach Möglichkeit abzutragen sei, teilen übrigens viele Chirurgen und gehen damit implicite von obiger Ansicht aus.

Tillmanns (14) hebt hervor, daß man gewöhnlich den Hirnprolaps nach Schädelbrüchen mit kleinem Substanzverluste finde, mit Vorliebe nach Brüchen, welche nach Schußverletzungen mit Kontusionen des Hirnes herrühren; seltener trete der Hirnbruch im Anschlusse an ausgedehntere Frakturen auf. Eine Erklärung dieser eigentümlichen, jedoch gewiß richtigen Erfahrung wird von Tillmanns nicht gesucht; sie ist aller Wahrscheinlichkeit nach, wie sich später ergeben wird, nicht in der Kontusion des Gehirnes, sondern in der stets vorhandenen Zerfetzung und Zerreißung der unter der Knochenwunde liegenden Hirnpartien infolge der ungleich größeren Wucht von Schußverletzungen gegenüber sonstigen Traumen, zu suchen.

D'Antona (15) betrachtet zwei Ursachen als Hauptgründe des Hirnbruches: Die Entzündung der Meningen und des darunter liegenden Hirns und den erhöhten „inneren Druck des Gehirns". Den entzündlichen Veränderungen schreibt er zu, daß sie durch Stauung, Infiltration und Erweichung die stützende Kraft der weichen Hirnhäute vernichten und so dem durch den inneren Druck vorgedrängten Gehirn ihre Stütze entziehen. Daß diese stützende und zurückhaltende Wirkung nicht sehr groß sein kann, geht wohl daraus hervor, daß bei starker intrakranieller Drucksteigerung schon die Spaltung der Dura ohne Verletzung der weichen Meningen genügt, um sofort ein Vordrängen des Gehirnes durch die Öffnung zu verursachen, welches allerdings meist nicht von Dauer ist; die Rolle der entzündlichen Veränderungen dürfte also eine andere sein, als D'Antona vermutet.

Auf experimentellem Wege ist Schifone (16) den vorliegenden Fragen nähergetreten, indem er die Wirkung großer Resektionen des Schädels und der Hirnhäute an Hunden untersuchte. Er legte bei diesen Tieren eine Schädellücke an und vernähte die Haut sowie den Temporalmuskel darüber.

Es wurde beobachtet, daß bei aseptisch geheilten Tieren, auch wenn die Resektion des Schädels und der Hirnhäute sehr groß war, niemals ein dauernder Hirnprolaps auftrat; dagegen fehlte diese Komplikation niemals bei der eitrigen Infektion der Hirnhäute und des Gehirns.

Aus diesen Ergebnissen zieht Schifone auch für das menschliche Gehirn einen ähnlichen Schluß wie D'Antona, daß nämlich zweierlei Ursachen für den Hirnprolaps unbedingt nötig seien, „mechanische und phlogistische". Den entzündlichen Veränderungen weist er dieselbe Rolle zu, wie D'Antona; es sollen die infiltrierten und erweichten weichen Hirnhäute dadurch nachgiebiger werden und sich hier und da „entmaschen und auch zerreißen". Dadurch trete das Hirn, welches „infiltriert, ödematös und erweicht" sei, ohne weiteres aus. Auch Schifone schätzt also die schützende Kraft der Pia und Arachnoidea sehr hoch ein, ohne hierfür experimentelle Nachweise zu erbringen.

Lebeau (17) gibt an, daß das Gehirn aus einer Schädellücke hervortreten könne und daß unter dem Einfluß einer intrakraniellen Druckerhöhung oder dem des Ödems oder der Entzündung ein Hirnbruch sich ausbilde. Er scheidet also anscheinend zwischen dem augenblicklichen Vortreten des Gehirns aus

einer Schädel-Duralücke und dem bleibenden Hirnprolaps und denkt an allmähliche und fließende Umwandlung des ersteren in den letzteren.

Krönlein (18) betont, daß es nur selten gelinge, die Zunahme des Hirnvorfalles durch den Verschluß des weitgeöffneten Schädeltores und durch Druckverband zu verhindern. Diese übrigens allen Hirnchirurgen bekannte Tatsache drängt gebieterisch nach einer Erklärung. Wäre es, wie von vielen angenommen, wirklich nur der gesteigerte intrakranielle Druck, welcher zum Hirnprolaps führt, so müßte ein genügend starker, ihm entgegengesetzter Außendruck imstande sein, ein „Vordrängen" von Substanz zu verhindern, besonders dann, wenn der Schädeldefekt unmittelbar nach der Operation gedeckt wurde.

In einer Arbeit von Koch-Bergmann (19) über den Hirnprolaps nach Ohroperationen wird dessen Entstehung zu erklären gesucht durch das „kollaterale Ödem"; dasselbe entwickle sich nach v. Bergmann dann vorzugsweise, wenn die Abszeßhöhle nicht vollständig entleert sei, wenn ein zweiter nicht entdeckter Abszeß vorliege oder wenn Erweichungsherde in der Umgebung bestehen. Diese Erklärung wird für den während oder bald nach der Operation entstehenden Hirnprolaps gegeben.

Wenn es dagegen erst spät während der Nachbehandlung zu einem Prolaps komme, so müsse der Grund dafür nach v. Bergmann in dem Fortbestehen eines gesteigerten intrakraniellen Druckes gesucht werden; derselbe resultiere hier zunächst aus einer fortschreitenden Enzephalitis oder Meningitis serosa (Hydrocephalus).

Auch hier also wird das Hauptgewicht bei den sogenannten Spätprolapsen auf den gesteigerten intrakraniellen Druck gelegt; für den sofortigen Hirnvorfall werden ödematöse Vorgänge in unmittelbarer Umgebung des Abszesses und damit der Schädellücke als Ursache angesehen. Insbesondere die Entstehung der Spätprolapse wird als rein passiver Vorgang der Herausdrängung aufgefaßt.

Eine sehr ausführliche Abhandlung über den Hirnprolaps vom Standpunkt des Otorhinologen gibt Reinking (20). Seine Kasuistik erstreckt sich über 122 eigene und fremde Fälle.

Nach ihm kommt ein Hirnvorfall zustande, wenn zwei Bedingungen zutreffen; erstens das Vorhandensein einer Pforte, durch die das Gehirn nach außen treten kann, und zweitens eine Erhöhung des intrakraniellen Druckes. Auch Reinking betont die wichtige Rolle, welche einer „Infektion des Schädelinneren" beim Zustandekommen „echter" Hirnprolapse zukomme; er faßt ihr Entstehen so auf, daß durch die „entzündliche Exsudation" eine Drucksteigerung im Endokranium erzeugt werde und legt das Hauptgewicht auf Abszesse, welche durch die Infektion entstehen und drucksteigernd wirken. Außerdem können auch eitrige sowie seröse Meningitis, endlich auch nicht abszedierende Enzephalitis Veranlassung zum Prolaps geben. Auch in solchen Fällen sei es die Drucksteigerung, welche im Gefolge all dieser Erkrankungszustände entstehe, die zum Hirnvorfall Veranlassung gebe. Reinking unterscheidet scharf zwischen den sofort bei der Operation entstehenden und den Tage oder auch Wochen nach der Spaltung der Dura auftretenden Prolapsen. Die ersteren werden als primäre, direkte oder Frühprolapse, die letzteren als sekundäre, indirekte oder Spätprolapse bezeichnet. Das so häufig zu beobachtende fortschreitende Wachstum der Hirnbrüche kann nach Reinking aus

dreierlei Ursachen entstehen: durch weitere Steigerung des Hirndruckes und dadurch Austritt neuen Hirngewebes, durch Stauung und Ödem, endlich durch Infektion des Prolapses, welche ihrerseits zum entzündlichen Ödem führe. So wird die Tatsache erklärt, daß auch bei sehr großen Prolapsen der eigentliche Hirndefekt meist in keinem Verhältnis dazu stehe, sondern viel kleiner sei, als vermutet werden mußte.

Im Inneren des Hirnvorfalles werden sekundäre Veränderungen beschrieben: Zugrundegehen der Ganglienzellen und Nervenfasern besonders in den peripheren Partien, Wucherung des Bindegewebes, das die Gefäße begleitet und der Glia, weiterhin Schrumpfung der gewucherten Stützsubstanzen.

Ein Hirnbruch könne sich verkleinern und spontan abheilen dadurch, daß entweder zugleich mit der Zirkulationsstörung auch das Ödem zurückgehe oder durch das Auftreten narbiger Veränderungen im Inneren, oder endlich dadurch, daß sich die Granulationsdecke in eine schrumpfende „dicke narbige Haut" umwandle, welche allmählich das unter ihr liegende Gewebe in den Schädelraum zurückdränge.

Der Verfasser erwähnt als beachtenswert die Tatsache, daß mit dem Wachsen des Hirnvorfalles sich fast stets auch das Allgemeinbefinden des Kranken verschlechtere, mit seiner Verkleinerung auch eine Besserung im ganzen Zustande eintrete.

Ein gleichzeitiges Vorkommen von Prolaps und Stauungspapille werde nicht stets beobachtet; seien jedoch beide vorhanden, so sei ein Parallelismus zwischen ihnen nicht zu verkennen; trete Besserung des einen Symptomes ein, so künde dies den baldigen Rückgang des anderen an.

Am wenigsten regelmäßig sei der Parallelismus zwischen der bei einer Lumbalpunktion gefundenen Druckhöhe und dem Verhalten eines vorhandenen Hirnprolapses. Die Menge des Liquors sei eben nur einer jener Faktoren, welche zu einer Drucksteigerung im Schädelinneren führen können; enzephalitische Prozesse oder Ödem der Hirnsubstanz brauchen nicht mit Notwendigkeit die „Spannung der Zerebrospinalflüssigkeit" zu erhöhen, während sie im Endokranium stark raumbeengend wirken.

Bezüglich der Prognose weist der Verfasser darauf hin, daß das Auftreten eines Hirnprolapses einerseits gefährlich sei, weil eine Meningitis oder aber abundante Blutungen aus eröffneten Piagefäßen auftreten könne; andererseits könne aber die durch den Hirnvorfall bewirkte „Dekompression des Schädelinhaltes" lebensrettend wirken.

Auch in dieser in vieler Hinsicht in der Darstellung mustergültigen Arbeit wird also das Hauptgewicht bei der Entstehung eines Hirnprolapses auf eine intrakranielle Drucksteigerung gelegt und zwar sowohl für primäre als auch für sekundäre Prolapse. Fast sämtliche richtig beobachteten Veränderungen im Hirnbruch selbst werden als Momente aufgefaßt, welche geeignet sind, den Hirndruck weiter zu steigern, während der Prolaps selbst als ein möglicherweise druckentlastender Faktor bewertet wird.

Ein Hauptgewicht wird auf das Ödem, welches stets vorhanden sein soll, gelegt, welches insbesondere als Ursache zur fortschreitenden Vergrößerung der Hirnbrüche aufgefaßt wird.

Chipault (21) erkennt einen primären oder „mechanischen" Hirnbruch überhaupt nicht als solchen an, sondern faßt nur den sekundären als echten

Prolaps auf; derselbe sei Folge einer Entzündung, bedingt durch Infektion jenes Hirnteiles, welcher unter dem Schädeldefekt entblößt liege.

Wie ersichtlich, stimmt diese Ansicht mit den von Schifone im Tierversuch gefundenen Tatsachen überein; auffallend erscheint zunächst, daß dieser französische Autor eine ausschlaggebende Rolle des intrakraniellen Druckes, welcher von den meisten Verfassern als Hauptursache angesehen wird, überhaupt nicht anerkennt.

Auch Krause (22) betont, daß auch bei fehlender Steigerung des Hirndruckes allerdings ausnahmsweise in wenigen Tagen „das Gehirn derart vorquellen" könne, daß die sekundäre Naht Schwierigkeiten bereite; auch bei völliger Asepsis der Wunde und unverletzter Pia könne dies vorkommen, jedoch nur bei größeren Schädellücken; wenn nur eine kleine Öffnung im Schädel und in der Dura vorhanden sei, so müsse auch eine Verletzung der Pia unmittelbar unter dem Loche dazukommen, um zum Hirnvorfall Anlaß zu geben. Der Prolaps selbst besteht nach Krause zum größten Teil aus ödematös durchtränktem und entzündlich infiltriertem Gewebe, nicht aus reiner Hirnsubstanz. Die Abtragung mit dem Messer bringe selten Heilung, weil sich bald nach der Exzision neuerlich ein Hirnvorfall ausbilde.

Eine Erklärung dieser bekannten, jedoch gewiß bemerkenswerten Erscheinungen gibt Krause nicht.

Eine neue Hypothese für das Zustandekommen von Hirnvorfall stellt Reichardt (23) auf. Er geht hierbei von der Tatsache aus, daß sich Prolapse, die sich bei der Operation von Hirntumoren gebildet haben, oft erst in auffallend langer Zeit zurückbilden; diese Beobachtung sucht er durch die Annahme einer Hirnschwellung zu erklären, d. i. nach seinen Beobachtungen „eine besondere Art der Volumvergrößerung des Gehirns, welche keine unmittelbare Folge ist von Hyperämie, Hirnödem (im gewöhnlichen Sinne), Hydrocephalus; welche ferner (soweit krankhafte Intensitätsgrade in Frage kommen) nach bestimmten klinischen Symptomen gefunden worden ist, ohne daß aber histologisch sich bis jetzt eine, die Volumenvergrößerung des Hirns erklärende, charakteristische gewebliche Veränderung hätte feststellen lassen".

Über die Berechtigung, eine solche „Hirnschwellung" als intravitalen Vorgang anzusehen, hat sich eine langwierige Polemik entfaltet, in welcher Rosental (24) als Gegner Reichardts auftritt. Auch die Frage der Entstehung von Hirnprolapsen infolge Hirnschwellung wurde aufgegriffen und von Rosental dahin beantwortet, daß einerseits das Bestehen von Hirnschwellung nach Reichardt selbst nur durch exakte physikalische Methoden (Schädelkapazitätsbestimmung und Hirnwägung) festzustellen sei; weiterhin, daß Reichardt keine kasuistischen Belege dafür erbracht habe, daß irgendwelche besondere Beziehungen zwischen der Hirnschwellung und Entstehung eines Hirnprolapses vorhanden sind.

Rosental (25) beobachtete einen Fall, in welchem nach einer dekompressiven Trepanation ein Hirnvorfall auftrat und bei der Obduktion weder ein Tumor noch ein Hydrocephalus gefunden wurde; er stellt auch hierfür die Möglichkeit einer Hirnschwellung in Abrede und stellt die etwas gesuchte Hypothese auf, daß die intravitale Hirndrucksteigerung und der Hirnprolaps durch einen Hydrocephalus internus verursacht worden sein könnten; „die vermehrte Gewebsflüssigkeit konnte vielleicht erst nach dem Tode durch die Hirnsubstanz

festgebunden werden und war möglicherweise deshalb bei der Sektion nicht mehr nachzuweisen".

Im großen und ganzen halten beide Autoren ihre eben festgelegten Standpunkte in weiteren Veröffentlichungen fest. Rosental sucht weiterhin auch noch in einer angenommenen Erweiterung der intrakraniellen Blutgefäße eine Erklärung für eine Drucksteigerung und damit für das Auftreten eines Hirnbruches.

Reichardt (26, 27) stellt fernerhin noch ausdrücklich fest, daß ein Hirnödem, das als Ursache eines Hirnvorfalles angenommen wurde, bald nach der Operation hätte ausfließen müssen und daher nicht Ursache eines dauernden Prolapses sein könne; „bei wirklicher Vermehrung von Liquorflüssigkeit können aus der Trepanationsöffnung geradezu enorme Flüssigkeitsmengen abgesondert werden. Außerdem wird dann der Hirnprolaps entsprechend dem ungehinderten Abfluß der freien Flüssigkeit sich rasch verkleinern". Auch die Erweiterung der intrakraniellen Gefäße könne nicht die Ursache eines starken und sich langsam zurückbildenden Prolapses sein.

Beide Autoren sehen also in letzter Linie eine Erhöhung des intrakraniellen Druckes als Ursache größerer dauernder Hirnprolapse an; denn auch eine Hirnschwellung im Sinne Reichardts führt in letzter Linie wieder zu Hirndrucksteigerung und wird von ihm auch als Ursache derselben bei Hirntumoren angesehen. Etwas verwirrend ist für den Leser der bezüglichen Publikationen beider Verfasser, daß niemals ein Unterschied zwischen primärem und sekundärem Hirnprolaps gemacht wird; es ist wohl von vornherein einleuchtend, daß das, was für den einen gesagt wird, nicht ohne weiteres auch auf den anderen übertragbar erscheint.

Küttner (28) scheidet scharf zwischen primärem Hirnausfluß, welcher sofort nach der Operation oder Verletzung entsteht und dem meist in der ersten Woche nach der Verletzung, oft allerdings auch später auftretenden Hirnvorfall oder Prolapsus cerebri. Über die Entstehungsursache sagt er: „Alle diese Erfahrungen zeigen, daß ein Prolaps des, sei es durch ein akzidentelles Trauma, sei es durch Operation bloßgelegten Gehirnes, nur dann eintritt, wenn der intrakranielle Druck eine abnorme Höhe erreicht hat." Die Ursache der Drucksteigerung könne eine verschiedene sein, bei den akzidentellen Traumen seien es meist „die infektiösen Prozesse der Meningitis und Enzephalitis mit ihren Folgen, den Exsudaten in den Meningen und Hirnventrikeln, den Abszessen in der Hirnsubstanz, welche diese abnorme Steigerung des Druckes in der Schädelhöhle bedingen und das Gehirn zur Duralücke hinausdrängen". Küttner erwähnt ferner im Gegensatz zum echten Hirnprolaps das Vorkommen von „hämorrhagischen Granulomen", welche zuweilen aus einer Quetschwunde der Hirnrinde meist bei Gegenwart von Fremdkörpern durch die Schädellücke, nach außen wuchern; sie erweisen sich nach ihm bei der genaueren Untersuchung nicht als aus Hirnsubstanz, sondern aus Granulationsgewebe bestehend.

Von Wichtigkeit erscheint ein von Ballaban (29) beobachteter Fall und die Folgerungen, welche daran geknüpft wurden: Bei einem 12jährigen, schwer tuberkulösen Kinde entwickelte sich im Gefolge eines kalten Abszesses am Orbitalrande ein Stirnlappenabszeß; trotz fehlender Stauungspapille wurde auf Grund der übrigen Symptome trepaniert, der Abszeß gefunden und entleert.

6 Tage nach der Operation entwickelte sich Neuritis optica und ein Hirnprolaps, während die Eiterung aus der Abszeßhöhle aufhörte. Allmählich bildeten sich die Optikusneuritis sowohl wie auch der Hirnprolaps zurück und es trat schließlich vollkommene Heilung ein.

Zur Erklärung dieser bemerkenswerten Beobachtung verweist der Verfasser auf die Arbeiten Elschnigs über die Entstehung der Stauungspapille; als besonders wichtig erscheint ihm das Auftreten derselben in der postoperativen Phase, in welcher nach breiter Öffnung des Schädels, der Dura und der Abszeßhöhle sowie nach Aufhören der Eiterung aus derselben die Ursachen für eine intrakranielle Drucksteigerung ja wegfallen, ferner der Parallelismus zwischen Neuritis optica und Hirnprolaps und endlich die spontane Heilung der letzteren.

Eschweiler und Cords (30) empfehlen nach ihren Erfahrungen im gegenwärtigen Kriege bei operationsbedürftigen Schädelschüssen die Trepanationsöffnung eher größer als kleiner anzulegen; aus den kleineren dringe das (entzündete) Hirn pilzförmig vor, bei größeren sei der Prolaps flacher und bilde sich leichter zurück.

Die Verfasser vertreten nach ihrer Klammerbemerkung also offenbar die Ansicht, daß einer entzündlichen Veränderung des Gehirns eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen von traumatischen Hirnprolapsen zukomme.

Blegvad (31) gibt auf Grund von Tierversuchen an, daß ein Hirnvorfall immer entstehe, wenn die Dura mater der Trepanationsöffnung entfernt ist, auch wenn keine Infektion stattgefunden habe. Die Ursache sei ödematöse Schwellung der oberflächlichen Teile des Gehirns und infolgedessen eine Verdrängung und Verschiebung des Gehirns gegen und durch die Öffnung. Der Prolaps könne eine beträchtliche Größe erreichen, habe aber die Tendenz sich spontan zurückzubilden. Wenn aber die Oberfläche des Gehirns einer Reizung ausgesetzt sei, so entstehe Enzephalitis und der Prolaps werde viel größer, ja er könne unter Umständen größer als eine Hemisphäre werden. Zum Zustandekommen einer solchen Reizung genüge schon das Auflegen von Verbandstoffen, ferner therapeutische Versuche, wie besonders die Kauterisierung; eine bakterielle Infektion habe natürlich dieselbe Wirkung.

Der Verfasser empfiehlt möglichste Vermeidung von Reizen am bloßgelegten Gehirn, auch der bloßen Berührung; als Schutzdecke verwendet er im Tierversuch Kapseln aus Aluminiumbronze.

Auch hier fehlt zur völligen Klarstellung der theoretischen Auffassung Blegvads die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Hirnprolaps. Daß ein lokales Hirnödem infolge der durch die Schädel-Duralücke gegebenen raschen Abflußmöglichkeit nicht Ursache eines dauernden Hirnbruches sein kann, erscheint nach den Ausführungen Reichardts wohl wahrscheinlich. Blegvad äußert sich nicht darüber, in welcher Zeit sich seine experimentellen Hirnprolapse rückgebildet haben; jedoch läßt der Ausdruck „Tendenz zur Rückbildung" wohl auf ein längerdauerndes Bestehen derselben schließen.

O. Mayer (32) schreibt allgemein über den Hirnprolaps, daß die durch eine Durapforte vorgedrängte Hirnmasse einerseits durch Stauung wachse, da die dünnwandigen Venen an der Pforte komprimiert werden, während die Arterien durchgängig bleiben; zweitens trage die Entzündung zur Vergrößerung bei. Indem weiter die ausgetretene Hirnmasse mit der Außenseite der Dura

verwachse, konsolidiere sich der Zustand und die Folge sei der persistente Hirnprolaps. Weiterhin sei durch histologische Untersuchungen nachgewiesen worden, „daß in der prolabierten Gehirnmasse die spezifischen Elemente fast vollständig durch Stauung und Entzündung zugrunde gehen".

Der Verfasser steht also ebenfalls auf dem Standpunkte, daß der Prolaps durch ein „Herausdrängen" des Gehirns infolge gesteigerten intrakraniellen Druckes entstehe, ohne auf eine Unterscheidung primärer und sekundärer Prolapse einzugehen. Die entzündlichen Veränderungen im Prolaps selbst betrachtet er als sekundär.

Anmerkung bei der Korrektur. Neuestens stellt Borchard (Hirnausfluß und Hirnprolaps, Neue deutsche Chir. Bd. 18, III.) den Grundsatz auf, daß sowohl der primäre als auch der sekundäre Hirnprolaps ausschließlich intrakranieller Drucksteigerung seine Entstehung verdanke und zum größten Teil aus wirklich vorgefallener Hirnsubstanz bestehe. Er lehnt die Ansohauung Regulskis (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 43) entschieden ab, welcher mit Vorbehalt der Erbringung anatomischer Befunde der Vermutung Ausdruck gibt, daß der sogenannte Hirnprolaps im wesentlichen aus Granulationen im weitesten Sinne des Wortes bestehe.

b) Ergebnis der Literaturübersicht.

Aus dieser Übersicht über die mir zur Verfügung stehende Literatur ist ohne weiteres ersichtlich, daß die Auffassungen der Autoren über das Zustandekommen und das Wesen des sogenannten Hirnprolapses recht verschiedene sind.

Eine überwiegende Mehrzahl von Arbeiten bezieht sich in letzter Linie auf eine angenommene intrakranielle Drucksteigerung (Denker, Knapp, Müller, D'Antona, Schifone, Lebeau, v. Bergmann, Reinking, Reichardt, Rosental, Küttner, Blegvad, O. Mayer, Borchard) und faßt den pathophysiologischen Vorgang dahin auf, daß das Gehirn durch die Schädelduralücke einfach hinausgetrieben werde.

Zur Erklärung der nach einer schädeleröffnenden (also „druckentlastenden") Operation fortbestehenden Hirndrucksteigerung werden zahlreiche, wesentlich voneinander verschiedene Erklärungsversuche beigebracht. Hauptsächlich sind es entzündliche und exsudative Prozesse, welche zu einer fortdauernden Druckerhöhung und damit zur Verdrängung von Hirnsubstanz aus dem Schädelkavum führen sollen. Solche entzündliche Veränderungen werden von einigen ganz allgemein angeschuldigt (Bruns, Lebeau, Reinking), ohne näher darauf einzugehen, an welchen Teilen des Schädelinhaltes sie sich abspielen sollen; nur einzelne Autoren sprechen mit Bestimmtheit von einer Entzündung jenes Hirnteiles, welcher unter der Schädelduralücke liegt (Chipault, Eschweiler und Cords).

Weiterhin führen Andere meningitische Veränderungen als eine Haupt- oder Teilursache für das Auftreten eines Hirnvorfalles an, teils in Form von Meningitis serosa als allgemein drucksteigernden Faktor (Müller, v. Bergmann), teils als Ursache dafür, daß die entzündeten (weichen) Hirnhäute ihre „stützende Kraft" verlieren und so dem „Austreten des Gehirnes" keinen Widerstand mehr entgegensetzen sollen (D'Antona, Schifone).

Der Annahme einer Meningitis serosa als drucksteigerndes Moment steht jene nahe, welche einen angenommenen Hydrocephalus internus als Erklärung für eine nach Trepanation fortdauernde Hirndrucksteigerung heranzieht (v. Berg-

mann, Rosental). Hyperämische und ödematöse Vorgänge im Gehirn selbst sind ebenfalls zur Erklärung herangezogen worden (v. Bergmann, Schifone, Blegvad), und Rosental geht soweit, daß er eine allgemeine Drucksteigerung im Endokranium aus einer Erweiterung der intrakraniellen Blutgefäße ableiten will.

Endlich wäre noch die Ansicht Reichardts, daß eine (von ihm angenommene) Hirnschwellung in seinem Sinne zur intrakraniellen Drucksteigerung und damit zur Verdrängung des Gehirnes durch die Schädellücke führe, zu nennen.

Die anatomischen Verhältnisse im Hirnprolaps selbst haben verhältnismäßig wenig Berücksichtigung gefunden, wohl mit aus dem Grund, weil Abtragung des Prolapses von chirurgischer Seite vielfach widerraten wurde und deshalb Material für histopathologische Untersuchungen schwer zu erhalten war. Einzelne Autoren sprechen von entzündlichen und degenerativen Prozessen im Prolaps selbst (Reinking, Chipault, Krause), ohne daß dieser Anschauung genügend eingehende histopathologische Untersuchungen zugrunde gelegt wären.

II. Betrachtung der physikalischen Verhältnisse beim primären und sekundären Hirnvorfall und dessen Beziehungen zum Schädelinnendruck.

Viel Verwirrung hat der Umstand in die Lehre vom Hirnprolaps gebracht, daß nur in einzelnen Arbeiten streng zwischen primärem und sekundärem Hirnvorfall unterschieden ist. Erscheint es doch ohne weiteres klar, daß andere pathogenetische Bedingungen vorliegen müssen in dem Augenblicke, wenn der Schädel und die Dura über einem unter hohem Drucke stehenden Gehirn eröffnet werden, oder aber Tage und Wochen nach einem solchen als „druckentlastend" bezeichneten Eingriffe.

Im ersteren Falle darf das Gehirn von rein hydrostatischem Gesichtspunkte aus etwa verglichen werden mit einem schwammartigen Körper, welcher mit Wasser vollgesogen in ein allseitig geschlossenes Gefäß eingeschlossen wird, in welchem nun ein Druck erzeugt wird, der höher ist als der Atmosphärendruck und zwar so, daß ein Abfließen des Wassers behindert ist. Wird nun das einschließende Gefäß an einer umschriebenen Stelle geöffnet, so wird zunächst die eingeschlossene Substanz und zwar feste und flüssige nach der Stelle des geringsten Widerstandes hin ausweichen, das heißt, es wird feste Substanz durch die Öffnung vorgedrängt werden und zugleich Flüssigkeit durch dieselbe abfließen so lange, bis der Druck im Gefäßinnern gleich ist dem Atmosphärendruck.

In welchem Verhältnis feste und flüssige Substanz verdrängt werden, das heißt, ob mehr von dieser oder von jener aus der Öffnung vordringen, das wird einerseits von der höheren oder geringeren Elastizität der festen Substanz und andererseits von leichterer oder schwererer Bewegungsmöglichkeit der Flüssigkeit in den Maschen derselben abhänge. Ist die feste Substanz sehr

straff und elastisch, so wird unter sonst gleichen Verhältnissen mehr Flüssigkeit aus der Öffnung vorquellen als feste Substanz und die letztere wird mehr weniger im Innern des Gefäßes bleiben. Ist dagegen die feste Substanz weich, nachgiebig und dehnbar, nähert sich damit also ihre Konsistenz mehr der der Flüssigkeit, so wird unter sonst gleichen Verhältnissen auch sie in größerer Menge als im vorigen Falle aus der Öffnung ausgetrieben werden.

Je größer die Differenz zwischen dem Druck im Inneren und dem Atmosphärendruck ist, desto mehr feste und flüssige Substanz werden ceteris paribus aus einer Öffnung des Gefäßes verdrängt werden.

Bleibt nun die Öffnung in der Gefäßwand bestehen, ist die eingeschlossene feste Substanz elastisch und kann die Flüssigkeit weiterhin abfließen, so wird sich früher oder später das Bild dahin ändern, daß die feste Substanz der Elastizität zufolge in das Gefäßinnere zurückweicht, während die entsprechende Flüssigkeitsmenge abfließt.

Diese physikalische Erwägung darf nun natürlich nicht ohne weiteres auf das Gehirn übertragen werden. Denn daselbst kommen neben hydrostatischen auch hydrodynamische Einflüsse in ausgedehntem Maße zur Geltung, andererseits ist die im Schädelkavum eingeschlossene im physikalischen Sinne „feste" Substanz fortwährend molekularen Veränderungen infolge der vitalen Vorgänge an den Zellen und der Stützsubstanz unterworfen, welche in ununterbrochener Kette ablaufen. Immerhin trifft jedoch das vorgebrachte Beispiel am ehesten die strukturellen Verhältnisse des Gehirns und seiner weichen Häute und wird bis zu einer gewissen Grenze als Analogon herangezogen werden dürfen.

Tatsächlich ist es nun jedem mit Trepanationen vielbefaßten Chirurgen wohlbekannt, daß ein Gehirn, welches entweder die Dura unter hoher Spannung hält oder nach Eröffnung derselben schwammartig vorgequollen ist, oft schon während oder bald nach der Operation unter reichlicher Absonderung von Flüssigkeit wieder in das frühere Niveau oder sogar unter dasselbe zurückkehrt. So wurde beispielsweise der hier berichtete Fall 4 zunächst trepaniert und die Dura maximal gespannt und nicht pulsierend gefunden; es wurde daraufhin, um nicht eine plötzliche Druckentlastung herbeizuführen, der Hautperiostknochenlappen provisorisch aufgelegt und 5 Tage später in zweiter Zeit zur Operation geschritten; damals zeigte sich das Gehirn zurückgesunken, die Dura schlapp, die positive Druckdifferenz also ausgeglichen. (Der Abfluß der unter erhöhtem Druck stehenden Flüssigkeit konnte hier natürlich nicht durch die Trepanationslücke, sondern mußte durch die nach der Druckentlastung wieder geöffneten Blut- und Lymphbahnen des Gehirnes erfolgt sein.)

Wenn das gewählte Beispiel etwa den physikalischen Verhältnissen beim primären oder Frühprolaps nahekommt, so trifft es jedoch keineswegs für den sekundären oder Spätprolaps zu. Hier dürfen wir den trepanierten Schädel bei eröffneter Dura als ein von vorneherein an einer Stelle offenes Gefäß ansehen, in welchem ein bestimmtes Volumen von fester und flüssiger Substanz sich befindet. Will man nun von theoretischen Gesichtspunkten aus darüber klar werden, unter welchen Umständen es hier zu Druckschwankungen im Gefäßinneren, id est im Schädelkavum, kommen kann und wie dieselben auf die dortselbst befindliche feste und flüssige Materie wirken, so wird die Lehre vom Hirndruck überhaupt nähere Berücksichtigung finden müssen. Weiterhin muß untersucht werden, inwieweit dieselbe Anhaltspunkte für die von den

meisten Autoren ausgesprochene Ansicht bietet, daß der Hirnprolaps im allgemeinen, also auch der sekundäre, Folgeerscheinung eines gesteigerten Hirndruckes ist.

a) Übersicht über unsere Kenntnisse von den normalen Druckverhältnissen in der Schädel-Rückgratshöhle.

Bevor auf die Besprechung pathologischer Hirndruckerscheinungen, Ursachen und Folgezustände eingegangen wird, erscheint es angezeigt, die normalen Verhältnisse des Druckes innerhalb der allseits geschlossenen Schädelrückgratshöhle einer kurzen Besprechung zu unterziehen; ferner auch mit Rücksicht auf die Materie der vorliegenden Arbeit, die Änderungen des „Schädelinnendruckes" bei Eröffnung des knöchernen Gehäuses, soweit sie bekannt sind, zu besprechen.

Eingehendste Aufschlüsse in Hinsicht der beregten Fragen verdanken wir einer Arbeit Grasheys (33), welcher an Hand von physikalischen Experimenten, die die hydrostatischen und hydrodynamischen Bedingungen in der Schädelrückgratshöhle auf das genaueste nachahmten, eine wohlfundierte Theorie der in Frage kommenden Druckverhältnisse aufstellen konnte.

Er fand, daß rein hydrostatisch betrachtet, bei geschlossener Schädelrückgratshöhle der Druck im Schädelinnern negativ ist, und zwar am Schädeldach gleich — 13 cm Wasser, von da bis zum Foramen magnum gleichmäßig abnehmend bis Nullwert; vollkommen gleich verhält sich unter gleichen Umständen auch die Spannung der Schädelwände.

Bei oben eröffneter Schädelhöhle sind Druck und Spannung positiv, am Schädeldach gleich Null, von da an bis zum Foramen magnum gleichmäßig zunehmend bis + 13 cm Wasser.

Die Spannung des zerebralen Gefäßsystems ist — wieder von hydrodynamischen Bedingungen abgesehen — bei geschlossener Schädelrückgratshöhle auf allen Querschnitten dieselbe und zwar gleich Null; bei oben eröffneter Schädelhöhle auf allen Gefäßquerschnitten dieselbe und zwar negativ gleich — 13 cm Wasser.

Das Verhalten des Schädelinhaltes zum atmosphärischen Druck endlich wurde dahin festgestellt, daß bei geschlossener Schädelrückgratshöhle der Inhalt des Schädels allen Schwankungen des Atmosphärendruckes unterworfen ist; er steht jedoch nicht unter dem vollen Atmosphärendruck, die Druckdifferenz beträgt am Schädeldach 13 cm Wasser und sinkt von da ab bis zu Foramen magnum gleichmäßig bis Null.

Bei oben eröffnetem Schädel ist der Schädelinhalt allen Schwankungen des Atmosphärendruckes unterworfen und steht außerdem unter einem höheren als dem atmosphärischen Druck; die Druckdifferenz beträgt am Schädeldach Null und steigt von da an gleichmäßig bis zum Foramen magnum bis + 13 cm Wasser.

Unter Rücksichtnahme auf die hydrodynamischen Verhältnisse im Schädelinnern führt Grashey aus:

Der intrakranielle Druck ist abhängig:

1. Von der Weite des peripheren Endes des Gefäßsystems im Schädelinnern, also der Sinus und Venen; denn bei Verengerung der

peripheren Anteile des Gefäßsystems steigt der Gefäßinnendruck und wird auf das umgebende Medium (welches im Experiment als inkompressibel aufgefaßt wird) und damit auf die Schädelwand übertragen.

2. Von der Dehnbarkeit des intrakraniellen Gefäßsystems, weil bei größerer Dehnbarkeit eine größere Komponente des inneren Gefäßdruckes auf das umgebende Medium und damit auf die Schädelwände übertragen wird, als bei geringerer Dehnbarkeit.

3. Vom „zentralen Gefäßdruck", der „Herzkraft"; bei zunehmendem zentralen Gefäßdruck steigt der intrakranielle Druck und umgekehrt.

Weiterhin wies Grashey nach, daß „die geschlossene Schädel-Rückgratshöhle auf die Wellen, welche vom Herzen her gegen sie verlaufen, reflektierend wirke, und zwar gleichnamig reflektierend." Jede positive Welle wird positiv und jede negative negativ reflektiert, jedoch nur ein Teil derselben, nicht die ganze. Dadurch wird bei geschlossener Schädel-Rückgrathöhle:

1. Die Geschwindigkeit der Pulswellen beschleunigt,

2. die arteriellen Wellen indirekt durch den Liquor cerebrospinalis auf die Venen fortgepflanzt und dadurch

3. eine rhythmische, dem Pulse synchrone Kompression der peripherstenTeile der Hirnvenen bewirkt, welche durch Auspressung des Blutes befördernd auf die Zirkulation wirkt.

Bei trepaniertem Schädel fallen durch Verschwinden des allseitigen Widerstandes die reflektierende Wirkung der Schädelkapsel und damit die eben angeführten Effekte dieser Reflexion weg.

Die hydrostatischen Verhältnisse in der geschlossenen Schädelrückgratshöhle bieten nach den Untersuchungen Grasheys die denkbar günstigsten Bedingungen zu einem ungestörten in allen Körperstellungen gleichmäßigen Blutkreislauf im Gehirn und Rückenmark. Denn solange die Höhle allseitig geschlossen ist, herrscht bei allen Stellungen des Körpers, auch bei raschestem Lagewechsel, in allen Gefäßquerschnitten dieselbe Spannung im Werte gleich Null. Bei Lagewechsel eines trepanierten Menschen dagegen aus der Horizontalen in die Vertikale erfahren die Hirngefäße sofort und in allen Querschnitten einen von außen wirkenden Druck von + 13 cm Wasser und damit eine Verengerung ihres Lumens.

b) Allgemeine Pathologie des Hirndruckes (Hirndrucktheorien).

Kocher (34) hat den allgemeinen Satz geprägt, daß das klinische Bild des pathologischen Hirndruckes stets auf Veränderungen beruhe, „welche durch Raumbeengung innerhalb der Schädelkapsel wirksam sind", ferner, daß nicht jede Raumbeschränkung innerhalb der Schädelkapsel sofort und ohne weiteres zu Störungen führe, welche sich als Hirndrucksymptome manifestieren.

Bergmann (35) erklärte den endokraniellen Druck als identisch mit der Spannung des Liquor cerebrospinalis. Hirndrucksymptome seien dadurch hervorgerufen, daß sich die Spannung der Cerebrospinalflüssigkeit der Spannung der Blutsäule in den Kapillaren nähere, ja dieselbe erreiche und dadurch die Zirkulation in den Kapillaren zur Stauung und Stockung

bringe. Dadurch komme es zu einer Vermehrung des Blutes in der Schädelhöhle, welche die Ernährung des Gehirnes in eben derselben Weise mindern müsse wie die Anämie.

Später modifizierte Bergmann seine Anschauungen etwas und kam zu folgenden Sätzen: Die Hirndrucksymptome seien bewirkt durch verminderte und verlangsamte Durchströmung des Gehirnes mit frischem sauerstoffhaltigem Blute (Adiämorrhysis Geigels) infolge Beengung der Schädelhöhle.

Die Verlangsamung des Kreislaufes durch Stauung und Stockung, welche als Ursache der Hirndrucksymptome anzusehen sei, trete dann ein, wenn der intrakranielle Druck über den Venendruck steige (Experimente von Grashey). Die Hauptrolle hierbei spiele die Druckerhöhung im Liquor, da seine Spannung durch den Widerstand der umgebenden Membranen auf das Äußerste gesteigert werde. Auch die Verschiebung und Verdrängung des Gehirnes gegen und in das Foramen magnum könne Teilursache der Drucksteigerung sein, weil sie den freien Abfluß des Liquors in die Rückgratshöhle hindere, während er bei freier Kommunikation durch alle Kammern und Spalten blitzschnell resorbiert werden könne. Eine Druckfortleitung im Gehirn könne jedoch (nach Kochers Lehre) selbst auch ohne Liquor statthaben.

Die Hirnsubstanz selbst sei bei denjenigen Druckhöhen, welche in der Schädelhöhle wirksam sind, nicht kompressibel. Lokale Hirnkompressionen entstünden durch Komprimierung der Kapillaren.

Bei länger dauerndem Druck lassen nach Bergmann die Blutgefäße bei der trägen Blutbewegung Flüssigkeit durch; es komme dadurch zum Hirnödem, welches den Liquor und damit den Druck vermehre.

Gegenüber dieser Lehre stellte Adamkiewicz (36, 37, 38, 39) eine Reihe von Sätzen auf, welche darin gipfeln, daß

1. der Liquor nie die Ursache von zerebralen Zirkulationsstörungen werden könne, weil er durch den Blutdruck beherrscht werde und er sich daher durch entsprechenden Zu- und Abfluß jederzeit mit den Hirnkapillaren ins Gleichgewicht setze; daß

2. die Nervensubstanz kompressibel sei in dem Sinne einer Kondensation, indem sich die physiologisch wichtigen Gewebsbestandteile einander nähern und Gewebsflüssigkeiten ausgedrückt werden; und endlich

3. daß es Hirndruck als Synonym mit Compressio cerebri nicht gebe, sondern bloß durch mechanische Insulte gegebene Reizung. Der sogenannte Hirndruck, Contusio und Compressio seien einfach Zustände der Reizung und Lähmung der Hirnsubstanz.

Kocher hat auf Grund seiner und Cushings (40, 41) Versuche und Beobachtungen folgende Theorie des Hirndruckes formuliert:

Vermehrter extravaskulärer Druck innerhalb des Schädels hat als erste Wirkung eine Verengerung der Sinus und Hirnvenen zur Folge, welche dazu bestimmt ist Platz zu schaffen für den Raum, welchen ein raumbeengender Prozeß im Schädel beansprucht. Durch diesen Vorgang werde die Zirkulation im Schädelinnern zunächst kaum in nennenswerter Weise geschädigt; denn die Verengerung des Querschnittes habe eine Beschleunigung des Blutstromes zur Folge, welche bewirkt, daß in der Zeiteinheit gleichviel

Blut durch einen bestimmten Querschnitt fließt wie normalerweise. Dieses Stadium des Hirndruckes wird als Kompensationsstadium bezeichnet.

Von dem Moment ab, wo die Kompression der Venen stark genug sei, um der durch die Querschnittseinengung bedingten Zirkulationsbeschleunigung ein Hindernis entgegenzusetzen, beginnt eine Verminderung der in der Zeiteinheit durchströmenden Blutmenge und eine Rückstauung des Blutes von der Stelle zu starken Druckes an. Diese Periode der Stauung dauert jedoch — im Tierexperiment wenigstens — nicht lange; sie macht bald einer eintretenden Anämie Platz, indem die Kompression der Sinus und der peripherstenVenenanteile auf die kleinen Venen, das Kapillargebiet und die kleinen Arterien fortschreitet. Dies tritt dann ein, wenn sich der intrakranielle Druck dem „Zuflußdruck in den Arterien", also dem arteriellen Blutdruck nähert.

In diesem Zeitpunkte tritt das Stadium des manifesten Hirndruckes ein, und zugleich setzt der „Kampf des Hirndruckes mit dem Blutdruck" ein.

Durch die momentane vollkommene Anämie wird nämlich das Vasomotorenzentrum in der Medulla oblongata in einen Reizzustand versetzt; dadurch werden die peripheren Körpergefäße so weit kontrahiert, daß der allgemeine Blutdruck über die Höhe des herrschenden Hirndruckes steigt. Dadurch fließt neuerlich Blut durch die Gefäße des Gehirnes, der Reiz auf das Vasomotorenzentrum klingt ab, der allgemeine Blutdruck sinkt, „und damit beginnt dasselbe Spiel von neuem".

Kocher konnte mit Cushing das Auftreten dieser periodischen Durchblutung des Gehirnes im Tierexperiment einwandfrei beobachten und graphisch darstellen. Dadurch erscheint bewiesen, daß es tatsächlich die vasomotorischen Traube-Heringschen Wellen sind, welche durch ihr verstärktes Auftreten im Stadium des manifesten Hirndruckes eine wenn auch stark herabgesetzte Versorgung des Gehirnes mit O-haltigem Blute ermöglichen und das Leben eine Zeitlang fristen.

In diesem Stadium des Hirndruckes tritt auch schon eine Schädigung der Atmung ein, indem dieselbe periodisch wird, und sich dem Bilde des Cheyne-Stokesschen Atmens mehr weniger nähert; diese Erscheinung kommt dadurch zustande, daß auch das Atemzentrum so wie das übrige Gehirn nur mehr periodisch durchblutet und gereizt wird.

Wird der intrakranielle Druck nun noch stärker, so vermag ihn nur mehr der systolische, nicht mehr der diastolische Blutdruck zu übertreffen. Es erhebt sich die Blutdruckkurve nur mehr in der Systole über die Kurve des Hirndruckes; damit kann auch Blut nur mehr in der ersteren Periode durch die Kapillaren dringen [Schultén (42), Cushing], „so daß die Adiämorrhysis statt wie bisher mit Eudiämorrhysis nunmehr mit Dysdiämorrhysis abwechselt".

Damit tritt das Lähmungsstadium ein, welches durch Hervortreten von Lähmungserscheinungen von seiten des Groß-, Mittel- und Nachhirns (Bewußtseinsverlust, Pupillenerweiterung, Herabsetzung oder Verlust der Lichtreaktion derselben, intermittierend auftretende schnarchende Atmung, Pulsbeschleunigung bei kleinem Puls, Sinken des Blutdruckes) charakterisiert erscheint.

Kocher unterscheidet in seinen theoretischen Auseinandersetzungen scharf zwischen lokalem und allgemeinem Hirndruck; die Symptome bei beiden können sich stark voneinander unterscheiden. Ein lokal wirkender Hirndruck ruft — unter Umständen — nur eine lokale Kompression der Venen hervor, während in benachbarten, nicht so stark gedrückten Hirnpartien noch ungehinderte Blutzirkulation bestehen kann. Dadurch fällt das blutdrucksteigernde Moment (Anämie des Vasomotorenzentrums) weg und es kommt früher und leichter zu rückwärts fortschreitender Kompression der kleinen Venen und Kapillaren in dem betroffenen Hirnteil, „es tritt lokale Anämie ein, welche Lokalsymptome auslöst, die einem Spätstadium des Hirndruckes entsprechen"; ferner abliegende Hirnteile können dagegen noch weniger unter dem Druck leiden und sich daher noch im Stadium der Stauung und damit in dem des erst beginnenden Hirndruckes befinden. Besonders verderblich ist ein lokaler Hirndruck in der Gegend des Nachhirns, der Medulla oblongata, wo bereits ein Druck, der weit unter dem arteriellen Blutdruck liegt, manifeste Hirndruckerscheinungen, ja das Lähmungsstadium von seiten des Blutdruckes, des Pulses und der Respiration im Gefolge hat. Hier spielt das lokale Angepreßtwerden der Medulla an die mehr weniger starren umgebenden Wände mit eine Hauptrolle beim Zustandekommen der schweren Symptome.

Sauerbruch (43) behauptet gegenüber Kocher, daß Hirndrucksymptome nicht immer durch Zirkulationsstörungen zu erklären seien. Oft handle es sich um eine „wirkliche Kompression des Gehirns mit Abplattung der Windungen und direkter Schädigung der Hirnzellen".

Tilmann (44, 45) hebt zunächst hervor, daß der Druck in der Schädelhöhle seiner Ansicht nach keineswegs konstant sei, sondern je nach der Körperlage wechsle. Dieselben Verhältnisse finden sich nach ihm auch beim pathologischer Hirndruck, der übrigens, wie einige seiner Beobachtungen zeigen, nicht bloß gesteigert, sondern auch herabgesetzt sein kann.

Ferner geht er auch auf die Tatsache ein, daß die Größe eines Tumors nicht ohne weiteres maßgebend für die Größe des durch ihn hervorgerufenen Hirndruckes ist. Tilmann neigt dazu, diese eigentümliche, bisher nicht befriedigend geklärte Erscheinung durch die Annahme einer toxischen Komponente beim Zustandekommen des Hirndrucks zu erklären; bei dieser Annahme läge seiner Meinung nach die Möglichkeit einer Hypothese darin, daß man verschiedene Stärke der Intoxikation und verschiedene (individuelle) Resistenz gegen dieselbe annähme.

Hauptmann (46) hat in neuester Zeit über Tierversuche berichtet, welche er gemeinsam mit Trendelenburg unternommen hat, und die eine Modifikation der Fenstermethode von Cushing (l. c.) darstellen.

Er beobachtete im Gegensatz zu Cushing, daß die Atmung, welche bei Erhöhung des Hirndruckes über den Blutdruck sistierte, nicht immer gerade dann wieder eintrat, wenn die Kurve des Blutdruckes gerade die Höhe einer wellenförmigen Erhebung über die Hirndruckkurve erreichte; dies trat bisweilen auch ein während des ansteigenden, bisweilen während des absteigenden Schenkels der Kurve, mitunter sogar auf dem tiefsten Punkte eines Wellentales der Blutdruckkurve. Ferner wurde beobachtet, daß das Normalwerden der Zirkulation (durch Adrenalininjektionen bewirkt) nicht immer ein Verschwinden der Hirndrucksymptome zur Folge hatte: Bei beginnendem Hirndruck ver-

schwanden mit dem Wiedereintritt normaler Blutzirkulation auch die Hirndrucksymptome; in einigen Fällen aber war dies nicht der Fall, es blieb Vaguspuls bestehen, die Atmung blieb schlecht oder still. Bei mittleren Graden von Hirndruck gingen die Hirndrucksymptome trotz normaler Zirkulation niemals zurück, verschwanden jedoch sofort, wenn der Hirndruck selbst herabgesetzt wurde. Bei starken Hirndruckgraden endlich blieben trotz Besserung der Zirkulation die Lähmungssymptome (Atemstillstand, Akzeleranspuls) bestehen. Sie verschwanden aber auch nicht, wenn der Hirndruck ganz beseitigt und durch künstliche Atmung und Herzmassage eine gute Durchblutung der Hirnsubstanz erzeugt wurde.

Hauptmann kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Anschauung, daß die Hirndrucksymptome hervorgerufen seien durch direkte Substanzkompression des Gehirnes; sie seien von der Zirkulationsstörung nur insofern abhängig, als durch das Leergepreßtwerden der Gefäße der Hirnsubstanz der Hirndruck erst imstande sei, die einzelnen nervösen Elementarorganismen (Zellen, Fasern usw.) gegeneinander zu verschieben und auf diese Weise die Substanzkompression zu bewirken.

Wie ersichtlich, ist in der Lehre vom pathologischen Hirndruck die Frage von der Kompressibilität des Gehirns ein strittiger Punkt und wird auf dieselbe näher eingegangen werden müssen.

In physikalischem Sinne ist die Hirnsubstanz inkompressibel; dies wurde schon von Bergmann hervorgehoben und Grashey (47) hat experimentell festgestellt, daß die Nervensubstanz physikalisch genommen noch weniger kompressibel ist als Wasser.

Ganz anders liegen jedoch die Verhältnisse, wenn die rein physikalische Betrachtungsweise aufgegeben wird und man berücksichtigt, daß im Cerebrum außer „Nervensubstanz" eine Menge von Röhren und Spalten vorhanden sind, die mit beweglicher Flüssigkeit gefüllt sind und miteinander und mit dem großen Flüssigkeitsreservoir des übrigen Körpers kommunizieren.

Nach Kocher füllt sich das Gehirn innerhalb mäßiger Grenzen „wie ein Schwamm" mit Blut und läßt sich in ähnlicher Weise entleeren.

Hill (48) wies nach, daß Füllung und Entleerung der Venen die weitaus größten Volumschwankungen des Gehirns im Gefolge haben.

Die Möglichkeit einer lokalen Kompression des Gehirns wird von Kocher in den Vordergrund seiner Lehre vom lokalen Hirndruck gestellt; er steht mit Hill, Cushing u. a auf dem Standpunkt, daß eine solche Kompression zustande komme durch Entleerung der Gefäße, ganz besonders der Venen.

Diese Erklärung wird nicht von allen Autoren angenommen. Horsley (49) hat Messungen über die Elastizität des Gehirnes angestellt, indem er ein Gewicht von ca. 50 g im Durchmesser von 1 cm durch ein Trepanloch vertikal auf das Gehirn wirken ließ. Er fand, daß das Gewicht rapid in das Gehirn einsank, und zwar so, daß $^3/_4$ der endlichen Tiefe des Eindruckes in der ersten Sekunde erreicht wurden. Der Grad der Eindrückbarkeit war unabhängig vom Blutdruck. Die Hebung des Gehirnes nach Wegnahme des Gewichtes erfolgte ebenfalls rasch, innerhalb von wenigen Sekunden, und erreichte ziemlich konstant etwa die Hälfte des ursprünglichen Niveaus. Dauerte der Druck nicht länger als 5", so wurde gelegentlich die vorige Höhe erreicht, ja sogar

überschritten. Horsley führt dies auf die Entwickelung eines lokalen Ödems zurück.

Er schließt aus seinen Experimenten auf eine Kondensation des Gehirnes durch Auspressen von Gewebssaft; nach Aufhören des Druckes ströme derselbe wieder ein, manchmal sogar vielleicht, wegen einer mit dem Druck einhergehenden Schädigung elastischer Kräfte, in vermehrter Quantität.

Das Verhalten des Liquor bei pathologischem Hirndruck soll weiter unten im Zusammenhang beschrieben werden. Hier sei nur im Hinblick auf die Kompressibilität des Gehirnes als Organ, nicht im physikalischen Sinne, gesagt, daß zahlreiche Beobachtungen und experimentelle Nachweise vorliegen, welche dartun, daß bei vermehrtem Hirndruck einerseits ein vermehrter Abfluß des Liquor durch die ihm offen stehenden Wege und andererseits eine gesteigerte Liquorresorption auftritt. Diese Erscheinung ist als Schutzvorkehrung aufzufassen gegen eine Volumvermehrung des Inhaltes der starren Schädelkapsel, welche natürlich nur bis zu einer gewissen oberen Grenze suffizient ist. „Erst von dem Momente an, wo durch die Hirnmasse selbst oder durch gestautes Blut oder durch verhaltene oder abgeschlossene Liquoransammlungen selbst eine Fortleitung des Druckes zu Wege gebracht wird, kommt die dauernde schädliche Wirkung zustande" (Kocher). Dieser Satz ist wohl so zu verstehen, daß es erst dann, wenn der freie Abfluß von Blut und Liquor aus den Gefäßen, den Ventrikeln und Saftspalten infolge teilweiser oder völliger Verlegung der Abflußwege behindert ist, zu dauernden Hirndruckerscheinungen kommen kann; bis zu diesem Augenblicke schafft der Abfluß von Blut und Liquor Raum für das auftretende Plus des Inhaltes der Schädelkapsel, dadurch, daß die Gewebselemente nach Abfluß der Flüssigkeit näher aneinander rücken, eine „Kondensation" derselben entsteht.

Allerdings faßt eine Reihe von Autoren (Adamkiewicz, Sauerbruch, Hauptmann) dieses Zusammenrücken der nervösen Elemente bereits als Ursache für die Hirndrucksymptome auf, indem dadurch Quetschungen und Zerrungen der Zellen und Fasern zustande kommen sollen.

Hirndruck und Liquor cerebrospinalis.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß der Druck, unter welchem die Cerebrospinalflüssigkeit steht, schon unter normalen Verhältnissen großen Schwankungen unterworfen ist. Nach Richet (50) schwankt der Liquordruck beim Menschen im Normalen zwischen 20—300 mm Wasser. Der Druck des Liquor ist zunächst abhängig von dem Verhältnis zwischen Produktion und Resorption; ferner wird er in maßgebendster Weise vom Blutdruck beeinflußt und endlich steht er unter dem Einflusse der umgebenden Gewebe, hauptsächlich der Dura mater.

Pfaundler (51) hat die Werte für diese drei Druckkomponenten gesondert berechnet und fand:

1. Für den fortgepflanzten Gefäßdruck (angiogenen Druck) 68 %.
2. Für den Druck der Flüssigkeitssäule selbst (hydrostatischen Druck) 24%.
3. Für die durch elastische Gewebsspannung ausgeübte Druckkomponente 8% des gesamten vorhandenen Liquordruckes.

Die Produktion des Liquor erfolgt nach heute geltenden Anschauungen aus den Kapillaren der Plexus chorioidei in den Ventrikeln; aber auch aus den Kapillaren des Gehirnes und der Hirnhäute tritt Liquor an die Gehirnoberfläche aus (Kocher, Spina).

Der in den Ventrikeln angesammelte Liquor kann durch die Kommunikationsöffnungen derselben (Foramen Monroi, Magendie u. a.) in die Schädelhöhle austreten und gelangt in die Zisternen und den Arachnoidealraum des Gehirns und Rückenmarkes.

Die Resorption des Liquor erfolgt in der Hauptsache auf dem Wege der Blutbahn, und zwar vorwiegend durch die Pacchionischen Granulationen in die großen Sinus, aber auch durch die subduralen und intraduralen Venen. Die Pacchionischen Granulationen bilden eine Art Pumpwerk; sie liegen in den dünnwandigen Lacunae laterales der Hirnsinus, werden deshalb mit deren Kompression an ihrer Basis ebenfalls komprimiert und entleeren den in ihnen enthaltenen Liquoranteil durch die dünne Duraschicht in die Sinus, wenn diese bei systolischer Füllung der Arterien durch den extravaskulär fortgeleiteten Druck (s. o. S. 14) komprimiert werden.

Spina (52, 53) wies nach, daß der Liquor sowohl durch die Venen, als auch durch die Lymphgefäße resorbiert wird. Er hat am frisch getöteten Tier sogar den Übertritt von Hefezellen aus dem Liquor in die Venen festgestellt. Die durch die Lymphbahnen resorbierten Mengen von Liquor erscheinen nach Spina teilweise im Nasenausfluß wieder und läßt sich hier eine Proportionalität zwischen Resorptionsgröße und Höhe des intrazerebralen angiogenen Druckes nachweisen.

Falkenhain und Naunyn (54) studierten die einschlägigen Verhältnisse im Tierexperiment; den Normaldruck fanden sie beim Hunde maximal 150 mm Wasser. Bei Steigerung des Druckes durch Injektion von NaCl-Lösung auf 200 mm Wasser war die Liquorresorption gering, bei 800 mm Druck betrug sie 1 ccm in der Minute. Steigerung des arteriellen Blutdruckes hatte keinen Einfluß auf die Resorptionsgröße; der Druck des Liquors wurde nur vorübergehend bis auf das Doppelte des Normalwertes erhöht, sank danach aber wieder auf die frühere Höhe. Venöse Stauung dagegen und damit Steigerung des venösen Blutdruckes steigerte den Druck im Liquor um 60 mm Wasser, wenn der Liquordruck vorher niedrig war und sich daher die Venen ausdehnen konnten.

Daraus schließen die Autoren, daß im Normalen die Regulation des Liquordruckes bewirkt wird durch die Druckverhältnisse in den Venen, und daß damit die Resorptionsgröße des Liquors abhängig sei vom venösen Blutdruck im Gehirn.

Kocher betont, daß Liquor durch die Lymphgefäße nur austrete, wenn der Abfluß aus den Venen eine Behinderung erfährt.

Der Liquor dürfte nicht einfach mit der Lymphe anderer Organe identifiziert werden. Er habe zugleich die Bedeutung einer Ausfüllungsmasse, welche die durch Verschiebung oder Schwund der Gehirnsubstanz entstandenen Lücken ausfülle. Er reguliere die respiratorischen Schwankungen des Volumens des Schädelinhaltes, soweit sie von Schwankungen in der Füllung der Venen abhängen.

Normalerweise strömt der Liquor zwischen Schädel- und Rückgrats-

höhle hin und her (Francois-Frank [55], Kocher u. a.). Auch hierdurch ist eine Ausgleichsmöglichkeit für eine Volumzunahme des Schädelinhaltes gegeben, solange die Kommunikationsöffnung (Foramen magnum) offen ist. Dieselbe kann jedoch durch Einpressen des Kleinhirns und der Medulla oblongata geschlossen werden (Leonard Hill, Cushing); auch kommt Abschluß aller oder einzelner Ventrikel unter pathologischen Bedingungen, besonders bei Steigerung des intrakraniellen Druckes, häufig vor (Kocher). Durch eine solche Liquorretention wird unter sonst gleichen Verhältnissen der Hirndruck gesteigert, aber natürlich auch bei Wiedereröffnung der Kommunikationswege durch nunmehr rasch erfolgenden Abfluß des Liquors sofort herabgesetzt.

Adamkiewicz behauptet in seinen Angriffen gegen die Bergmannsche Hirndrucktheorie (s. o. S. 15), daß überall dort, wo der Liquor wirklich Hirndruck mache, eine enorme Liquorvermehrung stattgefunden haben müsse und Kocher bestätigt diese Meinung. Dann sei aber die vorhandene Flüssigkeit nicht mehr reiner Liquor, sondern abnormales Transsudat oder Exsudat und müsse bezüglich ihrer Wirkung in eine Reihe mit anderen derartigen pathologischen Bildungen gestellt werden.

Nach Eröffnung des Schädels und der Dura fließen oft sehr große Mengen von Liquor aus der Trepanationsöffnung ab. Außerdem werden durch die Dekompression die Blutgefäße wieder durchgängig, was in jedem Falle das Zurücktreten der manifesten Hirndruckerscheinungen (Vaguspuls, Benommenheit, Atemverlangsamung etc.) im Gefolge hat; umgekehrt beweist das Geringerwerden der Hirndruckerscheinungen nach Kochers Theorie den Wiedereintritt einer Eudiämorrhysis des Gehirnes. Dadurch wird aber auch wieder eine ausgiebige Resorption des Liquors durch die Venen und Sinus ermöglicht. Endlich werden durch die Dekompression auch die Kommunikationswege des Liquors wieder eröffnet und dadurch weitere Ausgleichsmöglichkeiten lokaler Spannungen gegeben.

c) Hirndrucksteigernde Erkrankungen und operative Herabsetzung des Hirndruckes.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei allen Erkrankungen des Gehirns, welche intrakranielle Drucksteigerung zur Folge haben, im Gefolge der Operation entweder sofort oder in späterer Zeit Hirnprolapse zustande kommen können.

Mit Rücksicht auf die Materie dieser Arbeit erscheint es angezeigt, schon der Vollständigkeit halber einen kurzen Überblick über diejenigen pathologischen Zustände des Gehirnes und seiner Hüllen zu geben, welche Steigerung des Hirndruckes stets oder gelegentlich zur Folge haben; weiterhin soll untersucht werden, inwieweit sie durch operative Eingriffe beseitigt werden können und insbesondere, wie sich im speziellen der durch sie erzeugte Hirndruck nach entsprechenden operativen Eingriffen verhält. Es wird unter Beziehung auf diese Betrachtung in der Folge möglich sein zu entscheiden, ob und inwieweit ein Fortbestehen des intrakraniellen Druckes nach operativen Eingriffen bei den einzelnen Erkrankungen angenommen werden muß. Eine solche Feststellung erscheint von Wichtigkeit für die Auffassung der Pathogenese sekundärer Hirnvorfälle

überhaupt und im besonderen nach Trepanation wegen hirndrucksteigernder Krankheitszustände.

Ganz allgemein darf mit gewissem Vorbehalte gesagt werden, daß alle jene pathologischen Prozesse des Gehirnes und seiner häutigen und knöchernen Hüllen Hirndrucksteigerung im Gefolge haben, welche das Volumen des Schädelinhaltes vergrößern. Eine solche Volumvermehrung kann zustande kommen durch Hinzufügung von fester oder flüssiger Substanz; die letztere kann primär oder auf reaktivem Wege eine Vermehrung erfahren.

Außerdem stehen eine Reihe von Autoren auf dem Standpunkte, daß bei einer Reihe von hirndruckerzeugenden Erkrankungen eine toxische oder toxisch-infektiöse Komponente entweder bei der Entstehung des Hirndruckes mitwirke (Tilmann), oder wenigstens eine Reihe der von anderen als reine Hirn-„druck"symptome aufgefaßten Teilerscheinungen bedinge: Leber (56), Elschnig (57, 58), Krückmann (59, 60), Jakobsohn (61), v. Groß (62), Weeks (63), Deutschmann (64) u. a. vertreten, gestützt auf eingehende histologische Untersuchungen und klinische Beobachtungen die Ansicht, daß die Stauungspapille ein entzündlicher Vorgang ist, hervorgerufen durch von raumbeengender Erkrankung ausgehenden „phlogogene Substanzen" (Elschnig). Vollert (65) und Fejer (66) sahen das Vorkommen von exorbitanten Stauungspapillen einige Wochen nach Salvarsaninjektionen und bringen die ersteren in ätiologischen Zusammenhang mit letzterem. Gowers (67) betont, daß es durch neuere Beobachtungen nachgewiesen sei, daß Hirngeschwülste in ihrer unmittelbaren Umgebung nahezu konstant, aber auch an entfernteren Stellen chronische Meningitis hervorrufen. Auch der akute Zerfall von Nervengewebe in der Umgebung des Tumors könne zur Entzündungsursache werden. Anton (68) nimmt als sicher an, daß eine Anzahl von Tumoren nicht nur mechanisch, sondern auch toxisch wirken und dadurch eine Schwellung der Gehirnsubstanz veranlassen.

Das Volumen des Schädelinhaltes vermehrend, damit raumbeengend und drucksteigernd können wirken:

1. Die Erkrankungen des knöchernen Schädels.

Dieselben können entweder durch Apposition von fester Substanz an der Innenfläche des Schädeldaches den für den Inhalt zur Verfügung stehenden Raum verkleinern (nach innen wachsende Tumoren des Schädeldaches verschiedenster Ätiologie). Oder aber es kann durch frühzeitige Synostose der Nähte im Kindesalter die damals vorhandene Kapazität des Schädelinnenraumes fixiert werden, so daß der durch physiologisches Wachstum sich allmählich vergrößernde Inhalt mit der Schädelkapazität in Konkurrenz tritt.

Bei Erkrankungen der ersteren Art wird durch Entfernung des Tumors die operative Druckentlastung bewirkt. Zur Herabsetzung des Hirndruckes beim Turmschädel hat Anton zusammen mit Bramann die Methode des Balkenstiches ausgearbeitet, welcher eine dauernde Kommunikation der Ventrikel mit dem Subdural- und Subarachnoidealraum schafft und so durch ungehinderte Zirkulation des Liquors einen Ausgleich für den erhöhten Hirndruck dauernd ermöglicht.

Zahlreich sind weiterhin:

2. Die Erkrankungen der Hirnhäute,

welche zu Raumbeengung im Schädelinnern führen können.

An der Innenfläche der Dura treten entzündliche Veränderungen mit Tendenz zur entzündlichen Proliferation und zu oft massigen Blutungen aus entzündlich veränderten Gefäßen auf, welche als Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bezeichnet werden. Sind die Entzündungsreize intensiver, so kommt es zur Entwicklung von reichlichem flüssigen und zelligen Exsudat bis zur eitrigen Infiltration; es entsteht eine Pachymeningitis purulenta externa oder interna, je nach der Lokalisation des Entzündungsherdes. Bei ersterer Erkrankung kommt es infolge Eiteransammlung zwischen Dura und Schädelknochen zur Bildung eines extraduralen Abszesses, welcher die Dura gegen das Schädelkavum drängt und so raumbeengend wirkt.

Die Pachymeningitis purulenta interna führt wohl stets früher oder später zu einer Infektion auch der weichen Hirnhäute und damit zur Leptomeningitis purulenta. Übrigens kann auch ein extraduraler Abszeß in den Subduralraum durchbrechen.

Es seien weiterhin noch die tuberkulösen, syphilitischen und aktinomykotischen Erkrankungen der Dura erwähnt. Diese rufen bald mehr flächenhafte Verdickungen oder Verwölbungen der harten Hirnhaut gegen den Schädelinnenraum hervor. (Pachymeningitis tuberculosa externa, Pachymeningitis gummosa), bald etablieren sich spezifische Tumorbildungen (Tuberkel, Gumma) in der Dura.

Ferner kommt es auch zur Ausbildung der verschiedensten echten Tumoren an der harten Hirnhaut, entweder primär (Psammom) oder aber durch Metastasierung von einem anderweitig sitzenden primären Geschwulstherd her.

Die meisten dieser Erkrankungen der Dura sind, wenn rechtzeitig erkannt und lokalisiert, einer chirurgischen Behandlung zugänglich, und zwar sowohl echte Tumoren als auch chronisch entzündliche Prozesse mit tumorähnlichem pathologischen Wachstum. Eine Ausnahme bilden natürlich jene entzündlichen Erkrankungen, welche eine große flächenhafte Ausdehnung erreichen und infiltrierendes Wachstum eingehen. Die luetischen Prozesse mit Einschluß der gummösen sind ein dankbares Gebiet spezifischer Therapie.

Es erscheint ohne weiteres klar, daß die chirurgische Entfernung einer abgegrenzten tumorösen Bildung an der Dura die durch sie hervorgerufene Raumbeengung ebenso radikal beseitigen muß wie die Exstirpation eines vom Schädelknochen ausgehenden Tumors; die intrakranielle Drucksteigerung muß also mit der Radikaloperation aufhören.

An der Leptomeninx sind entzündliche Veränderungen relativ häufig, welche durch Exsudatbildung zu Hirndrucksteigerung führen. Je nach dem Charakter des Exsudates wird Meningitis serosa (Quincke [69, 70]) und Meningitis purulenta unterschieden. Während die letztere in vorliegender Arbeit weniger interessiert, erscheint die Meningitis serosa dadurch wichtig, daß sie einerseits meist auch zu einer Vermehrung der Ventrikelflüssigkeit führt (v. Hansemann [71]); andererseits manchmal lokale zystenähnliche Ansamm-

lungen von Flüssigkeit an Stellen früherer entzündlicher Veränderungen in der weichen Hirnhaut zurückbleiben (Stroebe [72]).

Der Inhalt solcher Zysten kann gegenüber der Nachbarschaft unter höherem Druck stehen und so (in seltenen Fällen) Kompression benachbarter Hirnpartien erzeugen.

Zysten der weichen Hirnhäute sind Gegenstand chirurgischer Behandlung; der durch sie verursachte Hirndruck schwindet nach ihrer Entleerung.

Diffuse Meningitis serosa dürfte verhältnismäßig selten die Ursache einer chirurgischen Eröffnung des Schädels abgeben. Kommt dies, etwa als Palliativ-Trepanation wegen Hirndruckerscheinungen, gelegentlich vor, so wird durch die Schädellücke eine breite Möglichkeit zum Abfluß der Flüssigkeit und damit der raumbeengenden Substanz gegeben; dadurch werden auch etwa durch Kompression verlegte Kommunikationsöffnungen der Ventrikel wieder frei.

3. Die Erkrankungen des Gehirns,

welche Hirndruckerscheinungen im Gefolge haben, sind recht zahlreich.

Hier ist zunächst der Hirntumor zu nennen, welcher mit gewisser Einschränkung als hirndrucksteigernde Erkrankung katexochen angesehen werden darf. Ebenso wie an der Dura können verschiedenste den Tumoren zuzurechnende Bildungen, einschließlich der parasitär bedingten, im Gehirn primär auftreten oder auf dem Wege der Metastasierung entstehen. Solche Neoplasmen bewirken Hirndruck außer durch ihr eigenes Wachstum auch durch entzündliche Reaktion in ihrer Umgebung mit Vermehrung des Bindegewebes und der Glia; häufig finden sich auch Zirkulationsstörungen und lokales Ödem in der Nähe der Neubildung. Wenn die Geschwulst derart gelagert ist, daß die Zirkulation des Liquors zwischen Ventrikeln und Subarachnoidealraum behindert wird, was besonders bei Tumoren in der hinteren Schädelgrube häufig vorkommt, dann kommt es auch zur Entwicklung eines Hydrocephalus internus (Anton). Über die Ansicht vieler Autoren, daß eine Anzahl von Tumoren auch toxische Wirkungen entfalten (Anton, Tilmann), wurde bereits oben berichtet.

Die Hirnabszesse stehen bezüglich ihrer mechanischen und anderweitigen Wirkungen auf den Schädelinhalt den Tumoren des Gehirns sehr nahe. Auch sie wirken zunächst raumbeengend und die Hirndruckerscheinungen steigen wegen ihres raschen Wachstums oft rapid an. Weiterhin führen sie zu manchmal stürmischen reaktiven Entzündungserscheinungen in ihrer Umgebung und erzeugen ferner oft namhafte Ödeme auch in entfernteren Gebieten des Gehirns.

Auch die nicht abgekapselte eitrige Enzephalitis schafft ähnliche Bedingungen zum Zustandekommen des Hirndruckes; ferner können auch bei der nichteitrigen Enzephalitis infolge Schwellung, entzündlichen Ödemes und seröser Exsudation, ferner Bindegewebs- und Glianeubildung Hirndruckerscheinungen zur Beobachtung kommen.

Blutungen aus primär erkrankten oder durch anderweitige pathologische Prozesse arrodierten Gefäßen führen ebenfalls oft zu Kompressionserscheinungen des Gehirns, welche, falls die Blutung andauert, zum Lähmungsstadium des Hirndruckes und damit zum Exitus führen können. Die traumatisch ent-

standenen Hämorrhagien sollen weiter unten im Zusammenhang mit der traumatischen Schädigung des Schädels und seines Inhaltes überhaupt abgehandelt werden.

Das Ödem der Hirnsubstanz ist eine häufige Sekundärerscheinung bei raumbeengenden und entzündlichen Veränderungen im Gehirn. Sehr häufig bewirken auch Thrombosen der großen Sinus hochgradige Stauung und Transsudation, welche ein lokales oder allgemeines Hirnödem zur Folge haben.

Huguenin (73) beschreibt eine Form des Hirnödems, bei welcher es durch einfache arterielle Blutdrucksteigerung in den Hirngefäßen zur Hyperämie und gesteigerten Transsudation und damit zum akuten kongestiven Hirnödem kommen soll. Der Prozeß wurde besonders bei Kindern beobachtet. Andere Autoren dagegen, z. B. Boenninghaus (74) bestreiten die Möglichkeit, daß bloß durch aktive Hyperämie und gesteigerte Herzaktion tödlicher Hirndruck zustande kommen könne.

Pathologische Ansammlungen von Flüssigkeit in den Ventrikeln, welche als Hydrocephalus internus bezeichnet werden, kommen als Teilerscheinungen anderweitiger Hirnerkrankungen häufig zur Beobachtung. Der Hydrocephalus internus congenitus interessiert der Natur der Sache nach in dieser Arbeit weniger; er unterscheidet sich bezüglich seiner Entstehung vom Hydrocephalus internus acquisitus der Hauptsache nach dadurch, daß die Gehirn- oder Meningealerkrankungen, in deren Gefolge er auftritt, bereits in der intrafötalen Lebensperiode abgelaufen ist.

Der akute Hydrocephalus internus acquisitus entsteht nach Baginski (75) nur bei einer akuten, nicht tuberkulösen Entzündung der Plexus chorioidei und der dabei erfolgenden vermehrten Exsudation; nach Anton (76) sind jedoch unzweifelhaft auch die Ventrikelwandungen, sowohl Ependym als auch Stratum zonale, dabei mitergriffen.

Rindfleisch, Huguenin, Boenninghaus haben nachgewiesen, daß die entzündlichen Prozesse in den Plexus chorioidei und den Ventrikeln stets mit Meningitis serosa oder aber purulenta einhergehen. Daß es anderseits bei seröser Meningitis nach v. Hansemann auch meist zu einer vermehrten Flüssigkeitsabsonderung in die Ventrikel kommt, wurde bereits oben berichtet.

Hydrocephalus internus als Sekundärerscheinung bei anderweitigen primären Krankheitsprozessen des Gehirns und seiner Hüllen wurde bereits mehrfach erwähnt. Im allgemeinen darf gesagt werden, daß es dazu bei allen raumbeengenden Erkrankungen des Schädelinnern gelegentlich kommen kann; entweder können durch den allgemeinen Hirndruck oder durch die Lokalisation eines tumorösen Prozesses die Kommunikationsöffnungen der Ventrikel verlegt und so Flüssigkeit in ihnen gestaut werden; oder es kommt zur entzündlichen Reaktion der Plexus chorioidei mit Exsudation; oder aber — und dies ist wohl das häufigste — Kommunikationsbehinderung und entzündliche Exsudation vergesellschaften sich in verschiedenem Verhältnis.

Nonne (77, 78) hat als erster Symptomenkomplexe beschrieben, welche klinisch als raumbeengende Prozesse im Endokranium aufgefaßt werden mußten und auch Lokalsymptome aufwiesen; ein Teil solcher Fälle ging spontan oder auf Hg-Medikation in restlose Dauerheilung aus; in den zur Obduktion gekommenen Fällen zeigt sich keine Spur eines Tumors und kein Residium von Hydrocephalus, es fanden sich aber auch keine sonstigen palpablen anatomischen

Veränderungen am Hirn und seinen Hüllen. Diese eigentümliche Erkrankung wurde von Nonne als Pseudotumor cerebri bezeichnet und seither von einer Reihe von Autoren, u. a. Weber und Schultze (79), Finkelnburg und Eschbaum (80), Lewandowsky, Rosental beobachtet und zum Teil auch einer genauen histologischen Untersuchung zugeführt.

Finkelnburg und Eschbaum fanden in ihren Fällen chronische Meningitis und Neuritis der Gehirnnerven ohne Hydrozephalie.

Rosental (81) stellte regressive Veränderungen der nervösen Elemente und das Auftreten von amöboiden Gliazellen nach Alzheimer bei zwei von Lewandowsky klinisch beobachteten Fällen fest. Diese Veränderungen waren in diffuser Weise über das ganze Gehirn verbreitet, insbesondere aber in den Ventrikelwandungen ausgesprochen.

Eine weitere, von Rokitansky (82) beschriebene und von Anton (151) genau studierte seltene raumbeengende Hirnerkrankung ist die Hypertrophia cerebri. Sie kann angeboren sein, aber auch in allen Lebensperioden bis zum reifen Mannesalter entstehen. Die Erkrankung ist pathologisch-anatomisch dadurch charakterisiert, daß die Gehirnmasse an sich eine übermäßige Vergrößerung erfährt, welche im Mißverhältnis steht zur Kapazität des Schädels. Nach Anton ist es hauptsächlich das Marklager der Hemisphären, welches an Masse und Volumen zunimmt, durch die Massenzunahme von schleimartiger, mit zarten Kernen durchsetzter Bindesubstanz; es kommen aber auch reine Hyperplasien des Gehirns vor.

Reichardt (83, 84, 85, 86) hat zuerst im Jahre 1905 und weiterhin in einer Reihe von Arbeiten den Begriff der Hirnschwellung aufgestellt und gegenüber mannigfachen Einwänden verteidigt. Er definiert die Hirnschwellung als „eine besondere Art der Volumvergrößerung des Gehirns von verschiedenster Ätiologie, welche keine unmittelbare Folge ist von Hyperämie, Hirnödem (im gewöhnlichen Sinne), Hydrocephalus; welche ferner (soweit krankhafte Intensitätsgrade in Frage kommen) nach bestimmt starken klinischen Symptomen gefunden worden ist, ohne daß aber histologisch sich bis jetzt eine, die Volumvergrößerung des Hirns erklärende, charakteristische gewebliche Veränderung hätte feststellen lassen".

Das Gehirn sei — wenigstens unter krankhaften Verhältnissen — ein bewegliches Organ in dem Sinne, daß anscheinend primäre innere Hirnvorgänge, ebenso auch Infektionen oder Intoxikationen echte Volumvergrößerungen (und Verkleinerungen) bewirken können. Es liege nahe, derartige Volumvergrößerungen zu erklären durch Aufnahme von Wasser, vielleicht auch von festen Stoffen, in die lebende Substanz. Reichardt vermutet, daß die Tatsache starker Hirndruckerscheinungen bei kleinen Tumoren ebenfalls durch Hirnschwellung in seinem Sinne erklärt werden könne; ebenso, daß vielleicht auch der Hirnprolaps auf Hirnschwellung zurückzuführen sei (s. S. 7).

Reichardts Ansichten fanden Anhänger und Gegner. Apelt (87, 88, 89) stellte Befunde von Hirnschwellung nach akuten Infektionserkrankungen fest. Er untersuchte ferner Gehirne, die eine Schwellung zeigten, zusammen mit anderen normalen; die Frontallappen wurden in NaCl-Lösung gelegt und die Größe der Resorption in 24 Stunden gemessen. Die geschwollenen Gehirne hatten nicht weniger gesaugt als die normalen; Apelt schließt daraus, daß die Schwellung nicht auf einfaches Ödem zurückzuführen sei. Weiterhin zeigte

ein septisch geschwollenes Gehirn eine starke Vermehrung der Trockensubstanz; die Schwellung müsse also durch Eintritt von chemischen Körpern zustande gekommen sein, die einen größeren Gehalt an Trockensubstanz haben als das Hirngewebe.

Pötzl und Schüller (90) beobachteten zwei Fälle von tödlicher Hirnschwellung bei Syphilis. Nonne (91) erkennt die Reichardtsche Hirnschwellung bei Lues ebenfalls an.

Barbieri und Carbonne (92) stimmen den Anschauungen Reichardts und anderer zu, daß die Hirnschwellung als ein physikalisch-chemischer Vorgang erhöhter Affinität des Nervengewebes zum zirkulierenden Wasser aufzufassen sei.

Krüger fand in 16 Fällen, welche unter dem Bilde Meynertscher Amentia starben, die Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirnvolumen durchwegs kleiner als 6 %, was als Hirnschwellung gilt.

Rosental (93, 94) dagegen hält es für bisher noch nicht erwiesen, daß die Hirnschwellung eine Lebenserscheinung und überhaupt ein intravitaler Vorgang sei. Es lasse sich nicht ausschließen, daß eine Hirnschwellung postmortal entstehen könne, besonders dann, wenn sich in einem geschwollenen Gehirn amöboide Glia finde; denn diese histologische Veränderung weise Beziehungen zu abnormalen Flüssigkeitsverhältnissen im Gewebe auf und könne auf postmortalen Veränderungen beruhen.

Wie aus den obigen Darlegungen ersichtlich, weisen die Begriffe Pseudotumor cerebri und Hirnschwellung noch mancherlei Unklarheiten in nosologischer und pathologisch-anatomischer Bezeichnung auf. Vielleicht bestehen noch nicht geklärte Beziehungen beider Krankheitsformen zueinander und zur Hypertrophia cerebri.

Die chirurgische Behandlung der drucksteigernden Gehirnerkrankungen geht von zweierlei Gesichtspunkten aus: Einerseits geht das Bestreben naturgemäß dahin, herdförmige Erkrankungen (Tumoren, Abszesse) radikal zu entfernen oder zu entleeren. Dadurch wird rasch und bei nicht rezidivierenden Prozessen dauernd das Volumen des Schädelinhaltes um die pathologische Bildung verkleinert und dadurch der Hirndruck dauernd zum Verschwinden gebracht.

Diese ideale Behandlung ist jedoch bei herdförmigen Prozessen nicht immer durchführbar, da, abgesehen von falschen Lokaldiagnosen, Tumoren an operativ fast unzugänglichen Stellen im Gehirn sitzen, multipel auftreten oder wegen infiltrierenden Wachstumes nicht ausschälbar sein können. Bei Erkrankungen vollends, welche allgemeine Vergrößerung des Gehirns bewirken (Hirnödem, Pseudotumor, Hypertrophia cerebri, Hirnschwellung) ist an radikale operative Behandlung gar nicht zu denken.

Hier tritt unter Umständen die zweite chirurgische Behandlungsmöglichkeit gesteigerten Hirndruckes, die druckentlastende Trepanation in ihre Rechte. Krause (95) ist der Ansicht, daß sich die durch primäre Naht verschlossene Trepanationsstelle allmählich vorwölbe und dadurch die Unnachgiebigkeit der Schädelkapsel ausgeglichen werde; dementsprechend verringere sich die intrakranielle Drucksteigerung oder verschwinde vollkommen. Die unmittelbare Gefahr dieser Behandlungsmethode schätzt Krause gering ein. Allerdings kommt es nach seinen Erfahrungen vor, daß in den dem Ort der Hirnhernie (hautbedeckter Prolaps) entsprechenden Hirnpartien bald schwere

Ausfallserscheinungen sich einstellen; er führt dieselben auf starke Verlagerung und Zerrung, Kompression oder Ödem der betreffenden Hirnpartie zurück.

Zur Behandlung des Hydrocephalus internus congenitus, weiterhin aber auch als Palliativeingriff bei radikal inoperablen raumbeengenden Prozessen des Gehirns wird häufig die von Anton und v. Brahmann (96, 97) angegebene Methode des Balkenstiches angewendet (s. S. 22). Sie bezweckt, eine dauernde Verbindung zwischen Ventrikeln und Subduralraum herzustellen. Krause ist der Ansicht, daß eine dauernde günstige Wirkung dieser Operationsmethode nur zustande komme, wenn die Subarachnoidealräume die Fähigkeit zur Resorption der in sie gelangenden Flüssigkeitsmengen besitzen. Dies sei nicht immer der Fall.

Es ist leicht ersichtlich, daß die angeführten gangbaren Operationsmethoden bei raumbeengenden Erkrankungen des Gehirns nicht primär auf die „Druckentlastung" als solche abzielen; sie bezwecken vielmehr, das Mißverhältnis zwischen Schädelkapazität und Volumen des Schädelinhaltes zu beseitigen, entweder durch Verkleinerung des letzteren oder durch Vergrößerung der ersteren.

Nicht zu vernachlässigen wird hier sein, daß durch das sekundäre Verschwinden des Hirndruckes die Zirkulationsverhältnisse von Blut und Liquor der Norm genähert werden können, daß insbesondere in den Ventrikeln gestaute Flüssigkeit wieder freien Abfluß findet und so das Schwinden des Hirndruckes an sich schon eine Volumverminderung des Gehirns in vielen Fällen sichert. Dies ist wohl auch die einzige Erklärungsmöglichkeit für die oben schon erwähnte nicht seltene Beobachtung, daß bei einer zweizeitig ausgeführten Hirnoperation das bei Eröffnung des Schädels prall vorgewölbte Gehirn nach einigen Tagen vollkommen zurückgesunken sein kann, ohne daß der primäre Erkrankungsprozeß (Tumor, Abszeß etc.) eine Veränderung erfahren hätte.

4. Traumatische Hirnschädigung und Hirndruck.

Die ausführlichsten Untersuchungen über das Wesen der Gehirnschädigung bei und nach Schädeltraumen stammen von Kocher (l. c.).

Kocher unterscheidet in seiner Theorie der Hirnpressung zwischen Compressio, Commotio und Contusio cerebri; die erstere entsteht bei langsam auftretender Raumbeengung im Endokranium, die zweite bei Stoßwirkung gegen den Schädel ohne Zertrümmerung desselben und ohne Zerstörung von Hirnteilen, die dritte endlich ist als direkte mechanische Zertrümmerung von Gehirnsubstanz zu definieren. Fließende Übergänge zwischen diesen drei Formen der Hirnschädigung machen eine scharfe Abgrenzung unmöglich. Die Commotio cerebri definiert Kocher als akuten Hirndruck, durch eine mit Geschwindigkeit begabte Gewalt bewirkt. Ferrari (98) wies unter Kochers Anleitung nach, daß sich bei Stoß gegen den Kopf sofort im Schädelinhalte Drucksteigerung einstellt; es entsteht eine von innen nach außen wirksame Kraft analog dem hydraulischen Druck, welche am stärksten in der Richtung des Stoßes wirkt, aber auch allseitig sich ausbreitet. Diese Kraft ist proportional der Intensität des Stoßes und umgekehrt proportional der Schädeldicke.

Es wurde sogar nachgewiesen, daß diese Kraft imstande ist, bei Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf den Schädel denselben auseinanderzutreiben.

Diese Spannungszunahme des Schädelinhaltes bewirkt ebenso wie langsam ansteigender Hirndruck einerseits eine Verdrängung der vorhandenen Flüssigkeiten (Liquor und Blut), anderseits eine Verschiebung des ganzen Gehirns und seiner Teile, am stärksten in der Richtung des Stoßes und nach der Richtung nachgiebiger Stellen.

Kocher unterscheidet drei Grade der Kommotion des Gehirns:

1. Reine Kommotion, mit bloß zirkulatorischen Störungen (momentaner Adiämorrhysis).
2. Kombination der Kommotion mit mikroskopischen disseminierten Quetschungen.
3. Kombination der Kommotion mit „ausgedehnten degenerativen Quetschungen".

Der durch reine Kommotion erzeugte Hirndruck verschwindet naturgemäß in kürzerer oder längerer Zeit. Er kann einige Zeit hindurch erhalten werden durch das Auftreten eines traumatischen Hirnödems; das gelegentliche Auftreten eines solchen wird von Büdinger, Anton u. a. beschrieben. Anton spricht allerdings von „allgemeiner Schwellung des Gehirns" nach Schädelerschütterung, unterstellt jedoch diesen Ausdruck dem Kapitel „traumatisches Hirnödem". Reichardt dagegen nimmt für das Auftreten von Hirnschwellung in seinem Sinne, also ohne Ausbildung echten Ödems, unter anderem auch eine gelegentliche traumatische Ätiologie (Schädelkontusion) an.

Eine dauernde Steigerung des Hirndruckes nach Traumen kann zustande kommen durch Hämorrhagien. Solche können sowohl aus Gefäßen der Hirnhäute als auch des Gehirns selbst an allen Orten und in allen Größen zur Beobachtung gelangen. Sie unterscheiden sich in ihrer mechanischen Wirkung bezüglich des Hirndruckes naturgemäß nicht von Blutungen anderer Ätiologie.

Weiterhin kann eine Raumbeengung im Schädelinnenraum nach Traumen zustande kommen durch das Eindringen von Fremdkörpern in denselben. Als „Fremdkörper" in diesem Sinne sind natürlich auch Knochenstücke, welche bei Schädelzertrümmerungen in das Gehirn getrieben oder bei intakt gebliebener Dura zwischen diese und das noch erhaltene Schädeldach geschoben werden, zu betrachten. Ebenso sind hierher die Impressionen des knöchernen Schädelgehäuses zu rechnen.

Gerade diese dem Gehirn und seinen Häuten „fremden" Körper sind es am häufigsten, welche nach schädelzertrümmernden Verletzungen zu einer dauernden Hirndrucksteigerung führen können. Seltener bleiben andere Fremdkörper im Schädelinnern stecken; eine Aufzählung der in dieser Hinsicht noch vorhandenen Möglichkeiten erübrigt sich und findet sich in den Lehrbüchern der forensischen Medizin. Hier sei nur gesagt, daß das Steckenbleiben von Projektilen aller Art im Schädelinnern in dem gegenwärtigen Kriege verhältnismäßig sehr selten vorkommt wegen der Rasanz der modernen Feuerwaffen. Dagegen sind aus demselben Grunde weitgehende Splitterungen des knöchernen Schädels und Eintreiben von Knochenstücken in die endokraniellen Weichteile sehr häufig.

Sekundäre Infektionen nach Schädeltraumen, welche das knöcherne Gehäuse verletzten, sind häufig.

Ihre Folgen bezüglich Hirndrucksteigerung sind naturgemäß dieselben, welche schon bei den entzündlichen Prozessen nicht traumatischen Ursprunges im Gehirn und seinen Häuten abgehandelt wurden. Hier wie dort kann es durch entzündliches Ödem, seröses und eitriges Exsudat, Abszedierung und Blutungen zu einer Volumenvermehrung des Schädelinhaltes und damit zu Hirndruckerscheinungen kommen oder können die vorhandenen noch gesteigert werden. Allerdings muß hier gesagt werden, daß starke allgemeine Hirndruckerscheinungen (besonders Stauungspapille, Vaguspuls, Brechreiz) bei den beregten Prozessen traumatischer Ätiologie oft spät und geringgradig auftreten oder fehlen können, weil durch die traumatische Eröffnung der Schädelkapsel häufig lange Zeit oder dauernd Gelegenheit zum Druckausgleich geschaffen ist.

Die chirurgische Behandlung des Hirndruckes nach traumatischer Hirnschädigung setzt nur dort ein, wo es sich um Zerstörung von Substanz handelt. Die Hirndruckerscheinungen nach einfacher Kommotion schwinden, falls Erholung überhaupt eintritt, in kürzerer oder längerer Zeit. Dauernde Hirndruckerscheinungen finden sich nach traumatischer Hirnschädigung wohl nur dort, wo sekundär Entzündung und Abszeßbildung auftreten oder große Blutungen vorhanden sind.

Die Behandlung des traumatischen Hirnabszesses ist im allgemeinen dieselbe, wie die des nichttraumatischen. Zur Entfernung von extra- oder intraduralen Hämatomen muß trepaniert werden, wodurch die Entleerung des Hämatoms und damit die radikale Beseitigung des durch dasselbe veranlaßten Hirndruckes ermöglicht wird. Intrazerebrale traumatische Blutungen sind chirurgisch meist nicht zugänglich.

d) Kritik der bisherigen Anschauungen über die Pathogenese des Hirnprolapses unter Berücksichtigung seiner Beziehungen zu den hirndrucksteigernden Erkrankungen.

Wie stellen sich nun die Ansichten der Autoren über die Pathogenese des Hirnprolapses zu den geltenden Anschauungen über den Hirndruck und über die Erkrankungen, welche einen solchen im Gefolge haben?

Wie in der kurzen zusammenfassenden Betrachtung der vorhandenen Literatur über den Hirnprolaps bereits hervorgehoben wurde, steht die Mehrzahl der Autoren auf dem Standpunkte, daß ein nach Eröffnung des Schädels und der Dura fortbestehender „Hirndruck" zum Prolabieren von Gehirnsubstanz führe, ohne daß bei dieser Anschauung zwischen primärem und sekundärem Prolaps ein Unterschied gemacht würde.

Es erscheint zunächst wichtig, hier noch einmal nachdrücklichst auf die Unterschiede hinzuweisen, welche zwischen diesen beiden Prozessen bestehen. Primärer und sekundärer Prolaps stimmen bezüglich ihrer Pathogenese eigentlich nur insofern überein, als sie am gleichen Orte, nämlich an einer Schädel-Duralücke, auftreten. Die weiteren pathologischen Bedingungen zu ihrer Entstehung sind jedoch grundverschiedene, wie bereits oben (S. 11) an der Hand einer physikalischen Erwägung dargetan wurde. Daß sich diese einschneidende Differenz der pathologischen Bedingungen auch

anatomisch beweisen läßt, wird weiterhin gezeigt werden. Ganz allgemein sei hier nur bemerkt: Wenn Gehirnsubstanz während einer Operation unmittelbar nach Eröffnung der Dura vorgedrängt wird, so daß ein primärer Hirnprolaps entsteht, so wird dies ohne weiteres als Beweis gelten dürfen, daß der Inhalt des Schädels unter erhöhtem Druck steht. Dieser Druckzuwachs war stets durch einen pathologischen Prozeß hervorgerufen, welcher eine Volumvermehrung des Schädelinhaltes verursacht hat. Ein Teil dieser Volumvermehrung wurde, wie oben angeführt, durch vermehrte Liquorresorption und Verdrängung von Blut und Liquor kompensiert. Diese vitale Schutzvorkehrung ist jedoch nur begrenzt leistungsfähig. Bei weiterem Volumzuwachs wird die Dura unter fortschreitend höhere Spannung versetzt, wie aus den Befunden prall gespannter Dura bei raumbeengenden Erkrankungen des Gehirns klar hervorgeht. Diese straffe Haut ist immerhin etwas dehnbar; ihr elastischer Widerstand in rein physikalischem Sinne ist jedoch, entsprechend ihrer Straffheit, ein recht hoher. Solange die Durakapsel allseitig geschlossen ist, muß sich ihr elastischer Widerstand als Druckkomponente zu dem herrschenden Hirndrucke addieren.

Wird nun die Dura an einer Stelle eröffnet, so entsteht hier sofort eine lokale Druckdifferenz im Sinne einer Druckerniedrigung. Die eingeschlossene bewegliche Masse weicht nach der Richtung des geringeren Druckes aus, so lange, bis an allen Stellen des Innenraumes wieder der gleiche Druck herrscht, welcher niedriger ist als der vor der Eröffnung bestandene. Die Differenz zwischen atmosphärischem und Schädelinnendruck beträgt nun bei oben eröffnetem Schädel nach Grasheys Untersuchungen bei aufrechter Stellung am Schädeldach 0, von da an bis zum Foramen magnum gleichmäßig zunehmend bis + 13 cm Wasser. Auch die Druckkomponente, welche durch den elastischen Widerstand der geschlossenen Dura entstand, fällt nun weg.

Von dem Zeitpunkte an, in welchem die oben nach Grashey angeführten Druckverhältnisse eingetreten sind, ist volle „Dekompression" eingetreten und damit sind weitere Bedingungen zur Masseverdrängung nicht mehr vorhanden. Weitere Vergrößerung des primären Hirnvorfalles während der Operation muß ihre Erklärung in dem physiologischen Wiedereinströmen von Blut und Lymphe in das vom Überdruck befreite Gehirn, weiterhin in dem Auftreten von pathologischen Bildungen (Ödem, Schwellung), also in einer Volumvermehrung des Schädelinhaltes, finden.

Kann nun das Volumen des Schädelinhaltes auf operativem Wege herabgesetzt werden etwa durch Entfernung eines Tumors, Entleerung eines Abszesses, Entfernung eines Fremdkörpers, Entleerung eines Hydrocephalus internus, so fallen alle Bedingungen für die Masseverdrängung weg und die verdrängte Masse muß rein physikalisch betrachtet der Elastizität und der Schwere nach in das Innere zurücktreten; vorausgesetzt natürlich, daß die Volumverringerung des Inhaltes gleich oder größer ist als die vorher verdrängte Masse.

Kann das Volumen des Schädelinhaltes operativ nicht verringert werden, oder doch nur um ein geringeres Quantum, als das Volumen der verdrängten Masse beträgt, so kann der Prolaps persistent bleiben. Er muß es nicht, wie zahlreiche Erfahrungen zeigen. Denn einerseits kann durch die Wiederkehr normaler Zirkulationsverhältnisse von Blut und Liquor im Schädelinnern,

besonders durch die Wiedereröffnung normaler Zirkulationswege des Liquor an sich eine mehr weniger rasche Volumenverkleinerung des Inhaltes Platz greifen; andererseits wird durch die Trepanationslücke bei eröffneter Dura ein breiter Ausflußweg für etwa vorhandene vermehrte Flüssigkeitsmengen neu geschaffen und nach chirurgischer Erfahrung auch häufig als solcher benützt. In beiden Fällen ist Gelegenheit zum Zurücktreten der verdrängten Masse in das Schädelinnere gegeben.

Immerhin jedoch kommen persistierende primäre Hirnprolapse häufig zur Beobachtung; in diesen Fällen vergrößert sich die primär vorgedrängte Masse meist progredient, oft bis zu enormen Größen; die Deckung mit Weichteilen oder auch Knochen hält die Vergrößerung nicht hintan, wird sogar von vielen Seiten widerraten, da dadurch die Kapazität des Schädels begrenzt und damit bei weiterem Volumzuwachs neuerlich Gelegenheit zur Drucksteigerung gegeben wird.

Eine solche Vergrößerung der primär prolabierten Masse tritt häufig auch ein, wenn kein weiterer Volumzuwachs im Schädelinnern erfolgt, oder übertrifft einen solchen an Größe bedeutend. Dies weist darauf hin, daß das Wachstum im Prolaps selbst statt hat, eine Tatsache, welche von vielen Autoren festgestellt wurde. Das sekundäre Wachstum der primären Hirnprolapse darf nach den derzeitigen Kenntnissen auf entzündliche, entzündlich ödematöse und Schwellungsvorgänge im Prolaps selbst bezogen werden.

Nach dieser Darstellung erscheint es berechtigt, mit besonderer Betonung festzustellen, daß der primäre Hirnvorfall als ein zunächst rein passiver Vorgang aufzufassen ist, welcher einfachen physikalischen Gesetzen folgt und sich genau ebenso abspielen würde, wenn an Stelle der lebenden Gewebe leblose Substanz unter die gleichen physikalischen Bedingungen gestellt wäre.

Ganz anders liegen die Verhältnisse beim Spätprolaps, insonderheit bei dem mir zur Verfügung stehenden Material nach Schußverletzungen des Gehirns. Hier ist vor allem eine eröffnete Schädel-Durakapsel bereits vorhanden. Eine Steigerung des Gehirndruckes im physikalischen Sinne ist also von vornherein auszuschließen, da hier dauernd die von Grashey für die eröffnete Schädelkapsel festgestellten Druckverhältnisse vorliegen. Trotzdem sehen wir Tage, selbst Wochen nach der Operation oder Verletzung Substanz aus der Schädel-Duralücke sich vorwölben, jedoch niemals mit der Raschheit, wie beim primären Hirnvorfall. Die Vorwölbung erfolgt allmählich. Da nach obigem das Bestehen eines erhöhten Hirndruckes im physikalischen Sinne bei operativ oder traumatisch eröffnetem Schädel nicht gut denkbar ist, so erscheint es naheliegend, die Vorwölbung von Masse aus dem Schädelinnern auf einen Volumzuwachs des Inhaltes zurückzuführen, wie dies von mehreren Autoren auch geschehen ist. Ein solcher Volumzuwachs kann jedoch erst nach der Operation oder traumatischen Schädeleröffnung stattgehabt haben; wäre er bereits zur Zeit dieser Ereignisse vorhanden gewesen, so wären die Bedingungen zum primären Prolaps vorhanden gewesen und derselbe hätte erfolgen müssen.

Ein sekundärer Prolaps tritt aber erfahrungsgemäß häufig nach Geschehnissen auf, welche primär eine Volumenverminderung des Schädelinhaltes zur Folge haben; so nach Spaltung und Entleerung eines Hirnabszesses, in

meinen Fällen nach Schußverletzungen des Gehirns, welche manchmal das Gehirnvolumen zunächst um ein immerhin recht beträchtliches Quantum verkleinert.

Tritt nun späterhin eine Volumvergrößerung ein, welche zum Vordringen von Substanz aus der Schädelduralücke führt, so muß ihre Ursache in vitalen Vorgängen gesucht werden, welche irgendwo in den in Betracht kommenden Gebieten vor sich gehen. Die Bedingungen für den sekundären Hirnprolaps sind nicht allein durch die primäre Erkrankung gegeben, wie die des primären Prolapses, sie entstehen erst im Verlaufe der Zeit, welche zwischen Schädeldura-eröffnung und Prolapsentstehung liegt, daher durch aktive Lebensvorgänge.

Mit dieser Darstellung erscheint der prinzipielle Unterschied zwischen den beiden Prozessen, welcher nur von mehreren, nicht von allen Autoren durchgängig festgehalten wird, nochmals scharf gekennzeichnet.

Der primäre Hirnprolaps unterliegt, wie dargetan, primär so einfachen physikalischen Gesetzen, daß eine weitere Erörterung seiner pathologischen Bedingungen sich erübrigt.

Dagegen dürfte es von hohem Interesse sein, festzustellen, wie die vitalen Vorgänge, die zum sekundären Hirnprolaps führen, beschaffen sind und wo sie sich abspielen.

Wenn im weiteren von Hirnprolaps schlechtweg die Rede sein wird, so ist damit stets der sekundäre Hirnprolaps gemeint, welcher in vorliegender Arbeit weiterer spezieller Untersuchung zugeführt wurde.

Ferner wird zwischen sekundärem Erstprolaps und sekundärem wiedergewachsenen Prolaps unterschieden werden.

Unter sekundärem Erstprolaps verstehe ich dabei den erstmaligen Austritt von Gewebe aus einer Schädelduralücke, welcher unter den physikalischen Bedingungen eines Sekundärprolapses zustande gekommen ist. Der sekundäre wiedergewachsene Prolaps entsteht nach Abtragung des sekundären Erstprolapses durch neuerliches Austreten von Gewebe durch dieselbe vorhandene Schädelduralücke.

Nach Grasheys Feststellungen kann von einer Druckerhöhung im Schädelinneren, welche nach der Eröffnung des Schädels fortdauert, kaum gesprochen werden. Die von vielen Autoren geäußerte Ansicht, daß der sekundäre Hirnprolaps einer die Schädeleröffnung überdauernden Hirndrucksteigerung seine Entstehung verdanken, kann deshalb nicht zu Recht bestehen.

Sie wäre vielleicht dahin richtig zu stellen, daß ein Volumzuwachs des Schädelinhaltes, welcher nach der Trepanation erfolgt, vorliegt, der bei noch geschlossener Schädelkapsel zu Hirndruckerscheinungen führen muß. Für eine solche Auffassung sprechen auch die Meinungen verschiedener Autoren, daß „entzündliche und exsudative Prozesse den Hirndruck dauernd steigern". Es darf darauf hingewiesen werden, daß entzündliches Ödem, Schwellungen, Exsudation häufig recht beträchtliche Volumvergrößerung betroffener Organe oder Organteile verursachen.

Der Annahme einer Meningitis serosa als allgemein drucksteigernden Faktors und damit Ursache eines sekundären Hirnvorfalles kann schwerlich zugestimmt werden.

Einmal fehlt der anatomische Nachweis einer solchen; zweitens könnte die im Subarachnoidealraum sich ansammelnde Flüssigkeit aus den oben angeführten Gründen nur volumvergrößernd, nicht drucksteigernd im physikalischen Sinne wirken; drittens aber wird man annehmen dürfen, daß dann, wenn es zur Volumvergrößerung und Substanzverdrängung durch Vermehrung freier Flüssigkeit kommt, zunächst die leichter bewegliche flüssige Substanz Abfluß durch die Schädellücke sucht und findet; tatsächlich ist der dauernde Abfluß von Flüssigkeit durch eine Schädelduralücke oft ein enorm reichlicher, worauf u. a. Reichardt hinweist.

Bei der Annahme einer Meningitis serosa als Ursache eines sekundären Hirnprolapses könnte ferner noch auf den bei dieser Erkrankung fast stets zu beobachtenden Hydrocephalus internus als volumenvergrößernden Faktor hingewiesen werden.

Einerseits jedoch sind die Abflußbedingungen eines solchen bei offenem Schädel meist günstige; andererseits wäre dann der therapeutische Eingriff einer Ventrikelpunktion ein relativ einfaches und sicheres Mittel, um eine Volumenverkleinerung und damit ein Zurücktreten des Prolapses zu erzielen. Weder diese Operation, noch wiederholte Lumbalpunktionen, welche ja auch von dem Gesichtspunkte der Ermöglichung oder Verbesserung des Abflusses angesammelter Flüssigkeit vorgenommen werden, führen jedoch zu überzeugenden Erfolgen.

Die Annahme von D'Antona und Schifone, daß die entzündeten weichen Hirnhäute ihre stützende Kraft verlieren und so dem Austritt von Gehirn keinen Widerstand entgegensetzen können, setzt voraus, daß im normalen die stützende Kraft dieser Häute eine recht große ist. Dies ist experimentell meines Wissens nicht nachgewiesen; anderseits sehen wir bei den sogenannten Hirnhernien nach langdauernder Hirndrucksteigerung bei geschlossenem Schädel, daß sie mit weichen Hirnhäuten überzogen sind; in diesen Fällen sind also die weichen Hirnhäute mitverdrängt worden, trotzdem ihre stützende Kraft keine Schwächung durch Entzündung erlitten hat; diese Kraft dürfte daher im normalen kaum eine beträchtliche Höhe erreichen und sicher nicht imstande sein, dem Andrängen von verdrängter Masse Widerstand zu leisten.

Daß Ödem des Gehirns zur Volumzunahme desselben Anlaß gibt, oft in beträchtlichem Grade, erscheint ohne weiteres sicher. Ein nach der Schädelduraeröffnung auftretendes oder weiter fortschreitendes Hirnödem wäre also sehr wohl imstande, durch Volumenvergrößerung Masse durch die Öffnung nach außen zu drängen. Sein Bestehen müßte jedoch in jedem Falle symptomatisch oder pathologisch-anatomisch feststellbar sein. Auch hier wird bis zu einem gewissen Grade die Abflußmöglichkeit durch die Schädelduralücke in Rücksicht gezogen werden müssen, wenn auch natürlich die Bedingungen für die leichte Beweglichkeit der Flüssigkeit hier lange nicht in dem Maße günstige sind wie bei Flüssigkeitsansammlung im Subarachnoidealraume.

Allgemeine Hyperämie des Gehirns als Ursache eines sekundären Hirnvorfalles müßte ebenfalls symptomatisch oder anatomisch feststellbar sein. Übrigens könnte dieselbe nach Grasheys Untersuchungen bei offenem Schädel nicht konstant sein, sondern müßte bei Lagewechsel des Kranken Intensitätsschwankungen erleiden; denn die Blutgefäße werden bei aufrechter Stellung

nunmehr durch den auf ihnen lastenden Druck von 13 cm Wasser verengt, bei horizontaler Lage erweitern sie sich infolge Absinkens des Druckes auf O. (Hierbei wird von aktiven vasomotorischen Einstellungsvorgängen zunächst vollkommen abgesehen.) Es müßte also innerhalb gewisser Grenzen möglich sein, durch Lagewechsel die Größe eines sekundären Hirnprolaps, wenigstens in frühen Stadien, zu verändern. Die Erfahrung lehrt nun, daß dies nur ganz ausnahmsweise der Fall ist.

Die Annahme von Reichardt, daß eine Hirnschwellung in seinem Sinne zu sekundärem Hirnprolaps führen könne, erscheint nicht bewiesen und zunächst auch schwer beweisbar. Denn Reichardt selbst stellt den Satz auf: „Erkennen aber kann man die Hirnschwellung nur durch Bestimmen der dem zu untersuchenden Gehirn zugehörigen Schädelkapazität".

Von mehreren Autoren (D'Antona, Schifone, Chipault, Reinking, Blegvad, Eschweiler und Cords) wird mehr weniger großes Gewicht auf die Entzündung gerade jenes Hirnteiles und seiner Häute gelegt, welcher unter der Schädelduralücke liegt. Die einer solchen Meningoenzephalitis bei der Entstehung des sekundären Hirnvorfalles zukommende Rolle wird nicht übereinstimmend bewertet, wie aus der Literaturübersicht ersichtlich ist. Sehr bemerkenswert sind für die Bewertung dieser enzephalitischen Komponente die Tierversuche von Schifone und besonders von Blegvad, welche dartun, daß es ohne Infektion oder wenigstens Reizung des freiliegenden Gehirns und seiner weichen Häute niemals zu dauerndem sekundären Prolaps kommt.

III. Eigene Untersuchungen über den Hirnvorfall.

Im gegenwärtigen Kriege konnte ich vier Fälle von sekundärem Hirnvorfall eingehend beobachten und reichlich Material für histologische Untersuchungen sammeln. Von besonderem Werte erscheint für die Beurteilung der gefundenen histologischen Bilder, daß das Material größtenteils durch Abtragung am Lebenden gewonnen wurde und sofort nach der Abtragung in die Härtungsflüssigkeit kam. Aus diesem Grunde darf von vornherein angenommen werden, daß postmortale Veränderungen nur in ganz geringem Maße in Betracht kommen können, was besonders für die histologische Feststellung, ob ödematöse Prozesse vorliegen oder nicht, von besonderer Bedeutung erscheint.

Der gegebene Zusammenhang zwischen klinischer Symptomatik, Beobachtung der Wachstumsverhältnisse der Hirnprolapse und histologischer Beurteilung derselben in einer Reihe von Fällen darf als wertvolle Gelegenheit angesehen werden, Aufschlüsse über das noch immer unklare Wesen der sekundären Hirnprolapse zu gewinnen.

Im folgenden sollen zunächst die Krankengeschichten der vier Fälle, soweit sie für die folgenden Untersuchungen interessieren, in Betracht kommen, auszugsweise mitgeteilt werden. Von den von mir beobachteten und untersuchten Hirnprolapsen standen drei in direktem Zusammenhang mit erlittenen Traumen (und zwar Tangentialschüssen des Schädels) insofern, als Masse aus der durch die Schädelzertrümmerung gebildeten und operativ erweiterten

Schädeldurallücke vordrang. Der vierte Fall wich hievon ab, indem der Schädel hier erst operativ eröffnet wurde, und zwar nicht an der Stelle des Traumas; bei diesem lagen also Verhältnisse vor, wie sie ähnlich in der Friedenspraxis zur Beobachtung kommen.

A. Krankengeschichten.

Krankengeschichtliche Daten.

Fall 1. L. S., 28 Jahre alt, Infanterist.

Aufnahme 20. IX. 1914, gestorben 29. X. 1914.

Diagnose: Abscessus cerebri (lob. front. sin.) post vulnus sclopet.

Schußverletzung des Schädels am 11. IX. 1914 durch Gewehrkugel. Einschuß 5 cm über der deutschen Horizontalen rechts, ungefähr in der Mitte zwischen Ohrachse und Augenwinkel, Ausschuß am linken Tuber frontale.

23. IX. 14. Aus der Ausschußwunde entleert sich spärlicher dünnflüssiger Eiter; bei ruhiger Rückenlage des Patienten pulsiert der Eiter in der Wunde. Der neurologische Befund ergab die Diagnose eines Abszesses im linken Stirnlappen.

23. IX. Trepanation am Ausschuß, Ausspülung des Schußkanales, Drainage, Eröffnung des Einschusses.

1. X. Beim Verbandwechsel zeigt sich ein etwa nußgroßer Hirnprolaps vom Stirnhirn ausgehend; derselbe wird abgetragen.

15. X. Operation: Die Trepanationsöffnung am linken Tuber front. wird erweitert; eine Eitersekretion nicht gefunden. Vom Einschuß aus wird eine bis zum Knochen reichende Spaltung in der Richtung gegen die Trepanationsöffnung gemacht. Es bleibt eine ca. 3 cm breite Hautbrücke erhalten. Drainage.

16. X. Das Gehirn ist an der Trepanationsöffnung prolabiert; im Drainrohr etwas Eiter.

17. X. Seit 14. X. fiebert Pat. bis 39,2, klagt über Schmerzen.

18. X. Seit 14. Fieber (38,7—38,8), Schmerz und Druckgefühl an der Kopfwunde.

19. X. Der Hirnprolaps ist verschwunden, statt dessen findet sich im Stirnhirn eine kinderfaustgroße Höhle. Puls 54. Während des Verbindens Ohnmacht. Kampfer. Augenbefund unverändert.

20. X. Es ist wieder ein Prolaps eingetreten. In der Mitte des Prolapses eine Öffnung, durch die man in eine Höhle gelangt. Spülung derselben mit Kollargol. Befinden subjektiv gut, keine Schmerzen.

22. X. Temp. 37,2. Puls 62, stark somnolent, nach der Spülung etwas freier.

25. X. Der Prolaps wurde abgetragen.

26. X. Pat. stark benommen; nach dem Verbandwechsel und der Spülung der Abszeßhöhle bedeutend freier.

27. X. Pat. stark benommen, Temperatur 39,2, plötzlich aufgetreten. Die neurologische Untersuchung ergab die Diagnose einer eitrigen Meningitis, möglicherweise eines Ventrikeldurchbruches.

29. X. Exitus letalis 9 Uhr 45 abends.

Obduktion: Im linken Stirnhirn eine apfelgroße Höhle, die Hirnsubstanz in der Umgebung derselben erweicht. Die Erweichung reicht bis an den Seitenventrikel heran und hier hat auch ein Durchbruch stattgefunden. Hydrocephalus acutus internus. Meningitis suppurativa.

Unter dem vermeintlichen Einschuß keinerlei Verletzung des Knochens und der Dura nachweisbar, so daß für die Wunde am Stirnbein nur die Annahme eines Streifschusses oder Gellers übrig bleibt.

Fall 2. Tr. F., 24 Jahre alt, Fähnrich.

Aufnahme 7. XI. 1914. Transferiert 20. I. 1915 an die Nervenklinik.

Diagnose: Vulnus sclopet. capitis. Abscessus cerebri (lob. temp. sin.).

Verletzung am 18. Oktober. Pat. war in mehreren Spitälern und lange Zeit auf dem Transport. Kann derzeit keine genauen Angaben machen (s. u.).

Einschuß: An der Kreuzungsstelle der oberen Horizontalen mit der Senkrechten auf den vorderen Gehörgangsrand.

Ausschuß: An der Kreuzungsstelle der oberen Horizontalen in der Linea mastoidea.

Aus beiden Öffnungen quillt Eiter. In der Verbindungslinie ist ein Knochendefekt deutlich tastbar.

7. XI. Genaue Aufnahme des Nervenbefundes. Beiderseits deutliche Stauungspapille. Die Sprachstörungen (sensomotor. Aphasie) lassen einen Herd in der III. Schläfenwindung und gegen die Insel lokalisieren.

7. XI. Trepanation. Die Dura ist in der Verbindung beider Schußöffnungen zerfetzt und nekrotisch. Bei oberflächlichem Eingehen ins Gehirn entleert sich reichlich dickflüssiger Eiter, mit einzelnen Knochensplittern. Spülung der Abszeßhöhle mit Kollargol 1 : 20 000. Docht mit Kollargol. Bei der Spülung entleeren sich nekrotische Hirnteile. Allgemeinbefinden und Sensorium nach der Operation bedeutend besser.

8. XI. Verbandwechsel, Spülung.

9. XI. Morgens Schüttelfrost, danach 39,1.

10 Uhr vormittags. Neurologische Untersuchung: außer der mot. auch sens. Aphasie, Zunehmen der Apraxie. Es ist wahrscheinlich, daß der Abszeß weiter vorgeschritten ist. Stauungspapille: r. schwächer als am 7. XI., l. nicht zu untersuchen.

Verbandwechsel. Es entleert sich etwas Eiter. Spülung mit Kollargol, fördert wieder erweichte Gehirnfetzen heraus.

7 Uhr abends. Spülung. Abgang nekrotischer Gehirnfetzen.

10. XI. Spülung. Neurologischer Befund: Besserung des Allgemeinbefindens.

Stauungspapille beiderseits verschwunden, nur am rechten Auge ist der nasale Papillenrand etwas unscharf. Puls 100.

6 Uhr abends. Rückgang der motorischen Aphasie und der Stauungspapille.

11. XI. Es tritt ein geringgradiger Prolaps ein.

Beim Verbandwechsel werden aus dem Abszeß 4 Splitter der Tabula vitrea entfernt.

12. XI. Verbandwechsel, Spülung. Prolaps größer. Es hat sich ein zweiter, nach vorne führender Abszeß-Gang entwickelt. Fast kein Eiter.

13. XI. Verbandwechsel, Spülung. Entfernung von 4 Knochensplittern. Kein Eiter. Täglich Elektrargol intralumbal.

14. XI. Abtragung nekrotischer Stücke des Prolapses. Entfernung eines Knochensplitters. Verbandwechsel.

17. XI. Fieberfrei, keine Beschwerden.

18. XI. Morgens Schüttelfrost, hierauf 40°.

3 mal Erbrechen. Pat. klagt über starke Kopfschmerzen, ist aber nicht benommen.

Operation.

18. XI. 1914, $^1/_2$12 Uhr vorm. Nach Lüftung des Verbandes zeigt sich ein nekrotischer Gehirnprolaps von etwa Hühnereigröße, mit schwärzlicher Oberfläche, welcher ringsum mit der Dura anscheinend fest verwachsen ist. Aus der Falte zwischen Prolaps und stehengebliebener äußerer Haut quillt Eiter. Der Prolaps wird bis ins anscheinend nicht nekrotisierende Gewebe abgetragen und stößt man dabei an zwei Stellen auf etwa kleinbohnengroße mit dickem gelbem Eiter gefüllte Abszesse. Im vorderen Anteil des Prolapses findet sich eine etwa 6 cm lange, gegen die basalen Ganglien und das Stirnhirn zu sich erstreckende röhrenförmige Höhle, aus welcher sich jedoch kein Eiter entleert. Blutung bei der Prolapsabtragung geringgradig. Kollargolspülung der Höhle. Verband.

In der Folge chirurgische Heilung des Patienten.

Fall 3. M. I. (Russe), 30 Jahre alt, verheiratet.

Aufnahme 2. I. 1915, gestorben 18. I. 1915.

Diagnose: Abscessus cerebri (lob. pariet. sin.).

Verletzung vor 3 Wochen. Auf dem linken Parietalhöcker 2 Querfinger von der Sagittallinie, 4 Finger über dem Ohre eine fast verheilte Wunde von einem Tangentialschusse mit tastbarer Knochenrinne, etwa 6 cm lang, 1 cm breit. Keine Reaktion, auch nicht auf Nadelstich. Tonus der Muskulatur an den oberen Extremitäten schlaff, Reflexe daselbst nicht auslösbar. Bauchdecken kahnförmig eingezogen. Auch an den unteren Extremitäten auffallend schwacher Muskeltonus. P. S. R. und A. S. R. beiderseits auslösbar. Keine Reflexdifferenzen. B. D. R. Kremasterreflex und Plantarreflex fehlend. Herz-

dämpfung fast bis zur Mamillarlinie verbreitert. Am l. Ton leises akzessorisches systolisches Geräusch.

Fundus: Rechte Papillengrenze vollkommen verwaschen. Papille gerötet, deutlich geschwellt. L. Papille verwaschen, Rötung nicht so deutlich.

Am 1. I. war Pat. bei Bewußtsein, klagte über starke Kopfschmerzen. Seit 10 Uhr (2. I.) bewußtlos.

2. I. Operation (Prof. v. Hacker).

Nach Ablösung der Kopfschwarte zeigt sich im Scheitelbein eine von neugebildetem Knochengewebe fast völlig ausgefüllte Rinne. Trepanation. Dura vorgewölbt stark gespannt, an der Stelle der Knochenrinne stark verdickt. Sehr geringe, fast fehlende Pulsation. Das Gehirn scheint unter der Dura stellenweise gelb durch. Punktion ergibt Eiter. Spaltung der Dura, Entleerung einer großen Menge gelbgrünen Eiters. Spülung mit Kochsalz, Drainage.

Nach Entleerung des Abszesses steigt der Puls auf 120, später 80, regelmäßig.

Pat. nach der Operation sehr unruhig, muß im Bett angebunden werden.

3. I. Nystagmus nach links. Pat. läßt unter sich und ist benommen. Lumbalpunktion ergibt klaren Liquor (zur Untersuchung auf die Nervenklinik). 15 ccm Elektrargol intra-lumbal.

4. I. 5 ccm Elektrargol intravenös. Pat. ist nicht benommen, läßt nicht mehr unter sich.

8. I. Es hat sich unter dem Verbande ein Hirnprolaps gebildet, welcher abgetragen wird.

10. I. Pat. nicht mehr inkontinent, antwortet auf Fragen sinngemäß.

11. I. Abtragung eines etwa apfelgroßen Hirnprolapses. Abends subjektive Besserung.

13. I. Verbandwechsel. Neuerlicher nußgroßer Prolaps, der abgetragen wird. Hirnabszeß. Kommunikation mit dem Seitenventrikel; es quillt auch Liq. cerebr. hervor.

16. I. Morgentemperatur 40. Patient reagiert nicht auf Anruf. Neuerlicher apfelgroßer Hirnprolaps. Abtragung.

17. I. Lumbalpunktion ergibt eitrigen Liquor.

18. I. Exitus.

19. I. Obduktion: In der rechten Hemisphäre ein altes Hämatom von der Größe einer Kinderfaust, daselbst kein Eiter sichtbar. Die Blutungshöhle steht mit dem Seitenventrikel in Verbindung. An der Basis, teilweise auch an der Konvexität, eitrige Meningitis.

Fall 4. Kl. M., 30 Jahre alt, verheiratet, Infanterist.

Aufnahme 18. II. 1915, gestorben 20. IV. 1915.

Diagnose: Abscessus cerebri (Lob. temp. dext.).

Pat. ist vor einigen Monaten durch einen Schuß in das Gesicht verletzt worden und hat dabei das rechte Auge eingebüßt. Er wurde am 18. II. als „Geisteskranker" aus einem Reservespitale auf die Nervenklinik überstellt.

Die neurologische Untersuchung ergab die Diagnose eines Abszesses im rechten Stirnhirn oder rechten Schläfelappen.

20. II. Operation in Lokalanästhesie.

Über dem rechten Stirnhirne wird ein etwa handtellergroßes Gebiet durch Umspritzung mit Braunscher Lösung anästhesiert und mit großen Nähten umstochen. Hierauf wird die Kopfschwarte in der Form eines rhombusähnlichen Lappens durchschnitten, wobei die laterale Seite des Rhombus als Basis des Lappens mit der übrigen Kopfhaut in Verbindung bleibt. Nach Durchtrennung und Abschiebung des Periostes entsprechend den Hautschnitten werden mit dem Handtrepan vier Löcher gebohrt, zwischen diesen der Knochen mit der Knochenzange durchtrennt und der Haut-Periost-Knochenlappen zurückgeschlagen. Dabei wölbt sich die Dura, durch das unter hohem Drucke stehende Hirn vorgedrängt, äußerst prall gespannt hervor. Nach Durchtrennung der Dura bildet sich ein etwa apfelgroßer Hirnprolaps aus. Nach Abstopfung des Prolapses gegen seine Umgebung durch Jodoformstreifchen wird das bläulich verfärbte matsche Stirnhirn in verschiedenen Richtungen punktiert, doch läßt sich nirgends Eiter aspirieren. Hierauf wird mit der Punktionsnadel in den rechten Seitenventrikel eingegangen und etwa $^1/_2$ Eprouvette des Liquors entleert. Verschluß der Dura. Einführung von zwei Jodoformgazestreifchen. Hautnaht. Durchtrennung der Umstechungsfäden.

Der Puls war vor der Operation 80.

Während der Operation mußte Adrenalin und Digalen (intravenös) gegeben werden. Nach der Operation Puls klein, irregulär, 120. Bessert sich wesentlich auf 800,0 physiol. Kochsalzlösung.

1. III. Wiederholte neurologische Untersuchung und Beobachtung ergaben mit größter Wahrscheinlichkeit die Lokalisation des Abszesses im rechten Schläfelappen.

4. III. Operation. Nach Umspritzung des seinerzeit angelegten, primär verheilten Lappens sowie Umstechung des Operationsgebietes wird der Lappen stumpf losgelöst und zurückgeschlagen. Dabei zeigt sich, daß der vordere Teil der Duranaht sowie ein mehrere Zentimeter langes Stück des parallelen hinteren Anteiles derselben offen ist und durch die Lücke Gewebe hervorgequollen ist. Hierauf wird durch die Dura hindurch der Schläfenlappen nach verschiedenen Richtungen ohne Erfolg punktiert. Der Hirnprolaps an der vorderen Duranaht (etwa kirschgroß) wird abgetragen und der Lappen durch Nähte fixiert.

6. III. Verbandwechsel. Entfernung der Umstechungen.

13. III. Randpartien nekrotisch, sezernierend.

19. III. Auffallende Bradykardie (66 statt 86—96!). Sensorium getrübt. Patient nicht ansprechbar.

Beim Verbandwechsel ist in der vorderen medialen Ecke des Lappens eine weiche, fluktuierende Masse nachweisbar, die sich als Hirnprolaps erweist.

Täglicher Verbandwechsel.

27. III. Operation mit Lokalanästhesie. Nach Lokalisierung des Gyrus angularis rechts mit dem Kraniometer, Anästhesierung und Umstechung des Operationsgebietes wird mit dem Handtrepan ein Loch in den Schädel gebohrt und hierauf nach allen Richtungen ohne Ergebnis punktiert. Hierauf wird der bei der ersten Operation gebildete Hautmuskelperiostknochenlappen neuerlich freigelegt, wobei sich im vorderen medialen Winkel desselben ein Hirnprolaps von $^1/_2$ Taubeneigröße zeigt, der dem am 19. III. festgestellten Prolaps entspricht und abgetragen wird. Im hinteren lateralen Anteile des Lappens zwei Ligatureiterungen. Das Gehirn pulsiert im Bereiche des ganzen Lappens nicht. Die Dura ist in den zentralen Anteilen bläulich verfärbt. Punktion des Stirn- und Schläfenhirnes, ohne daß ein Eiterherd gefunden werden kann. Bei der Punktion wird auch der Seitenventrikel getroffen, aus dem einige Kubikzentimeter Liquor mit der Punktionsspritze aspiriert werden. Die neue Trepanationswunde wurde primär verschlossen. Der neuerlich freigemachte Lappen wird mit wenigen Nähten fixiert.

2. IV. Kirschgroßer Hirnprolaps, Abtragung.

8. IV. Aus der Wunde fließt reichlich Liquor.

18. IV. Pneumonie.

20. IV. Exitus.

Obduktionsbefund: Rechts faustgroßer Schläfelappenabszeß, kirschgroßer Abszeß am Operculum — Schrapnellkugel an der vorderen Felsenbeinwand rechts.

Zur besseren Übersicht seien aus den Krankengeschichten hier nochmals kurz diejenigen Daten hervorgehoben, welche sich auf das verarbeitete histologische Material beziehen.

Fall 1. L. Tangentialschuß des Schädels mit Knochenzertrümmerung, Hirnabszeß. I. Operation 23. IX. 1914. Prolaps zum erstenmal beobachtet 28. IX. Prolaps abgetragen 1. X. II. Operation 15. X. Prolaps neuerlich aufgetreten 16. X. Spontanes Verschwinden des Prolapses 18. X. Prolaps neuerlich aufgetreten 20. X. Prolaps abgetragen 25. X.

Fall 2. Tr. Tangentialschuß des Schädels mit Knochenzertrümmerung, Hirnabszeß. Operation 7. XI. 1914. Prolaps aufgetreten 11. XI. Prolaps teilweise abgetragen 13. XI. Vergrößerter Prolaps teilweise abgetragen 14. XI. Vergrößerter Prolaps teilweise abgetragen 17. XI. Vergrößerter Prolaps abgetragen 18. XI.

Fall 3. M. Tangentialschuß des Schädels mit Knochenzertrümmerung, Hirnabszeß. Operation 2. I. 1915. Prolaps zum erstenmal beobachtet und

teilweise abgetragen 8. I. Vergrößerter Prolaps teilweise abgetragen 11. I. Vergrößerter Prolaps teilweise abgetragen 16. I.

Fall 4. K. Schuß in das rechte Auge, Abszeß des rechten Schläfelappens. I. Operation 20. II. 1915. II. Operation und Abtragung des Prolapses 4. III. III. Operation und Abtragung des neuerlich aufgetretenen Prolapses 27. III. Neugebildeter Prolaps abgetragen 2. IV.

Der Prolaps war nicht in der Gegend des Abszesses, sondern an der Konvexität des rechten Stirnhirnes entstanden, welches bei der ersten Operation freigelegt worden war.

In den drei ersten Fällen, in denen traumatische Hirnzertrümmerung direkt mit Abszeßbildung und Prolaps räumlich zusammenhingen, wurde also der Hirnvorfall 5, 4 und 6 Tage nach der operativen Wundtoilette zum erstenmal beobachtet; im vierten Fall, in dem der Hautperiostknochenlappen nach jeder Operation wieder aufgelegt und die Dura fast völlig vernäht worden war, kam der Prolaps nach 12 Tagen, zum zweitenmal, neuerlich gewachsen, nach weiteren 13 Tagen, dann nach weiteren 6 Tagen zur Beobachtung.

B. Anatomisches Material.

Konservierung.

Methodisches.

Das mir zur Verfügung gestellte Material wurde zum allergrößten Teil in Formol (10%) fixiert, und zwar so, daß es sofort nach der Abtragung ohne vorherige Abspülung in die Fixierungsflüssigkeit übertragen wurde. Wie schon oben gesagt, erscheint dieses Verfahren deshalb wertvoll, weil hierdurch das Auftreten von postmortalen Veränderungen in den untersuchten Geweben nahezu ausgeschlossen erscheint oder wenigstens auf ein Mindestmaß reduziert wird.

Durch die Verwendung von 10% Formollösung als Härtungsmittel wurden fernerhin die Veränderungen des Materiales nach Möglichkeit gering gestaltet. Denn nach den Untersuchungen Donaldsons (99) ist das Gewicht des in Formol fixierten Gehirns nach 90 Tagen um 1,5%, nach 150 Tagen und weiterhin nur um 1% größer als im unfixierten Zustande; dagegen betragen die Gewichtszunahmen in den gleichen Zeiten in 5% Formol 9% bzw. 7%, in 1% Formol 23% bzw. 22%. In Alkohol von 96% dagegen schrumpft das Gehirn in 90 Tagen um 31% seines früheren Gewichtes. Es erfolgt also in Formollösungen eine Flüssigkeitsaufnahme, in Alkohol eine Abgabe solcher; diese unvermeidlichen Veränderungen sind in 10% Formollösung am geringsten.

Da es bei den vorliegenden Untersuchungen zum großen Teil auf die histologische Feststellung ankam, ob das Material ödematös sei oder nicht, erscheint der Umstand möglichst geringer Veränderung des Flüssigkeitsgehaltes der untersuchten Gewebe von hoher Wichtigkeit.

Von einem ganz geringen Teile des zur Verfügung stehenden Materials wurden zwecks Vornahme besonderer Färbemethoden (Bielschowsky) sofort nach der Abtragung ohne vorherige Fixierung Gefrierschnitte angefertigt.

Einbettung.

Das Material wurde zum Teil in Paraffin, zum Teil in Zelloidin eingebettet, um verschiedene Färbemethoden zur Darstellung möglichst aller vorhandenen Gewebselemente zu ermöglichen.

Weiterhin kam die Gefriermethode an frischem und an Formolmaterial zu ausgedehnter Anwendung.

Durch die parallele Anwendung dieser drei Verfahren wurde unter anderem die Möglichkeit einer ausreichenden Beurteilung der physikalischen Gewebsverhältnisse gewährleistet. Denn während bei den beiden ersten Methoden Veränderungen des Flüssigkeitsgehaltes der Gewebe infolge der Alkoholbehandlung unvermeidlich sind, fällt dieser Umstand bei der Gefriermethode weniger ins Gewicht. Es mußte also durch Vergleich der nach den verschiedenen Verfahren hergestellten Schnitte möglich sein, annähernd beurteilen zu können, ob eine physikalische Veränderung (Quellung, Schrumpfung) des Gewebes oder seiner Teile in vivo entstanden war oder ob sie ihre Entstehung der histologischen Bearbeitung verdankte.

Färbemethoden.

Zur Darstellung der verschiedenen Gewebselemente kamen folgende Färbungen zur Anwendung:

1. Die gebräuchliche Hämatoxylin-Eosinfärbung an Paraffinschnitten zur Herstellung von Übersichtspräparaten.
2. Die van Giesonsche Färbung nach vorheriger Färbung der Kerne mit Eisenhämatoxylin an Paraffinschnitten nach den Angaben Schmorls. Durch Anwendung dieser Färbung gelingt es, außer den bindegewebigen Elementen (rot, rotgelb) auch die feinere Struktur einer überwiegenden Anzahl von Kernen (braunschwarz) darzustellen.
3. Die modifizierte Weigertsche Markscheidenfärbung an Zelloidinschnitten zwecks Studiums der einschlägigen Verhältnisse an diesen Elementen.
4. Die Silberimprägnation der Neurofibrillen nach Bielschowsky an frischen Gefrierschnitten.
5. Die Sublimat-Goldreaktion der Neuroglia nach Ramòny Cajal (100) an Formolgefrierschnitten. Da diese Methode in menschlicher Großhirnrinde sowohl die zelligen als auch die faserigen Elemente der Neuroglia elektiv darstellt und dabei sehr konstante Resultate gibt, erscheint sie zur Untersuchung der gliösen Elemente in Großhirnprolapsen besonders geeignet.
6. Die Fischer-Herxheimersche Fettreaktion an Formolgefrierschnitten, welche nach den Untersuchungen von Merzbacher (101) zur Darstellung der Abräumzellen im Zentralnervensystem vorzüglich geeignet erscheint.

Im folgenden sollen zunächst die Aufschlüsse, welche jede Färbemethode für sich über die Struktur der untersuchten Gewebe und ihrer Elemente in den einzelnen Präparaten ergeben hat, nach den darüber aufgenommenen Untersuchungsprotokollen zusammenhängend dargestellt werden. Weiterhin wird

es möglich sein, unter Berücksichtigung der Ergebnisse aller zur Anwendung gekommenen Färbungen, die histologischen Verhältnisse der Gewebe und ihrer einzelnen Elemente nach zahlreichen Richtungen hin zu beurteilen.

Hierzu muß noch folgendes festgestellt werden:

Bei der Art des untersuchten anatomischen Materiales war von vornherein nicht zu erwarten, jeweils durchaus einheitliche histologische Bilder zu erhalten. Mußte es sich hier doch um oft stark traumatisch geschädigtes, wahrscheinlich entzündlich verändertes und zum Teil vielleicht nekrotisches Gewebe handeln, dessen histologische Beurteilung noch dadurch erschwert wurde, daß wahrscheinlich nicht einmal in allen Teilen eines und desselben Prolapses gleichweit vorgeschrittene pathologische Veränderungen vorlagen.

Diese Annahme wurde jedoch nur zum Teil bestätigt. Es konnte immerhin festgestellt werden, daß in dem zeitlich gegliederten Material jeweils bestimmte Veränderungen der Blutgefäße und gewisse Zellformen vorherrschend gefunden werden, so daß sich eine gewisse durch die Dauer des Prozesses bestimmte Gesetzmäßigkeit der Bilder nach den vorherrschenden pathologischen Gewebselementen ergab.

Zum leichteren Verständnis für den Leser sollen in der zusammenfassenden Beschreibung hauptsächlich jene Gewebselemente besonders erwähnt werden, deren vorwiegendes Vorkommen für das Alter der untersuchten Prolapse charakteristisch zu sein scheint.

C. Befunde und Ergebnisse am anatomischen Material mittels der einzelnen Färbemethoden.

1. Hämatoxylin-Eosinfärbung.

a) Hirnprolapse am Orte der durch direkte Schußverletzung erfolgten Hirnzertrümmerung. (Tafel 1—8.)

In sämtlichen Hämatoxylineosinpräparaten, welche aus sekundären Erstprolapsen angefertigt wurden, fallen zunächst die außerordentlich hochgradigen pathologischen Erscheinungen an den Blutgefäßen auf.

In allen Fällen findet sich eine wesentliche, zum Teil höchstgradige Vermehrung der Blutgefäße mit den Kennzeichen der Gefäßneubildung.

Die meisten dieser Gefäße sind in der ersten Zeit der Veränderungen von kleinem und kleinstem Kaliber; die Struktur der Wand, welche in der überwiegenden Anzahl aus einer einzigen Schicht von Zellen besteht, ermöglicht ihre Zurechnung zu den Kapillaren. An längsgetroffenen Gefäßen zeigt sich häufig beginnende Sprossenbildung. Insbesondere entsenden auch piale Gefäße massenhaft Sprossen in das darunter liegende Gewebe.

Das Studium der Schnitte aus dem zu verschiedenen aneinander folgenden Zeitpunkten entnommenen Material zeigt, daß weitere Veränderungen an den neugebildeten Gefäßen nach zwei Richtungen hin auftreten, indem sich progressive und regressive Bildungen einstellen.

Es finden sich in nach der ersten Abtragung wieder gewachsenen Prolapsen Stellen, an welchen die Neubildung von Kapillaren geradezu exzessive Ausdehnung erreicht hat. Gefäß liegt an Gefäß, alle Gefäß-

wände sind einschichtig. Es resultieren Bilder, welche an hämangiomatöse Geschwülste erinnern.

Die Lumina solcher neugebildeter Kapillaren sind in diesen Stadien häufig um ein Vielfaches größer als bei der Gefäßneubildung in den ersten Stadien, während hier wie dort die Wand aus einer einzigen Zellschicht besteht.

Daneben finden sich in solchen Stadien Blutgefäße mit verdickten Wänden und die Genese dieses Prozesses läßt sich oft schön verfolgen. An einzelnen Gefäßen setzt die Wandverdickung eben an einer mehr weniger ausgedehnten Partie der Zirkumferenz ein, daneben finden sich im gleichen Präparate Gefäße mit hochgradiger zwiebelschalenartiger Anlagerung von zelligen Elementen und zwar ausschließlich jungen und älteren Bindegewebszellen.

Schließlich entstehen Bilder, in welchen ein hochgradiges Mißverhältnis zwischen großer Wanddicke und kleinem Gefäßlumen besteht.

Mit solchen progressiven gehen regressive Veränderungen der zuerst neugebildeten Blutgefäße einher: Zunächst finden sich in Partien mit exzessiver Kapillarneubildung relativ häufig Kapillaren mit eingerissenen Wänden, was auf eine allmählich eintretende größere Nachgiebigkeit der Wand bezogen werden darf. Weiterhin treten — mehr vereinzelt — kleinere und größere wandständige Thromben in einzelnen Blutgefäßen auf, welche bald beginnende, bald mehr vorgeschrittene Organisation zeigen. Endlich findet man in den nach der Abtragung durch einige Tage wiedergewachsenen Prolapsen Zellhaufen, welche nach ihrer Gestalt und scharfen Begrenzung als aus früheren Blutgefäßen entstanden angesprochen werden müssen. Sie bestehen aus großen sukkulenten Zellen, zwischen denen nach allen Richtungen hin Bindegewebsbalken ziehen. Eigentliche Spindelzellen sind in ihnen selten, vielmehr gleichen die zelligen Elemente vollkommen gewucherten Endothel- und Adventitiazellen (Hartmann (108) u. a.), wie durch Vergleich mit nicht obliterierten Gefäßen im gleichen Präparat leicht festgestellt werden kann. Im Zentrum solcher Zellhaufen zeigt sich oft noch eine kleine Lücke von unregelmäßiger Gestalt, manchmal von feinen Bindegewebsfasern durchzogen, der Rest des früheren Gefäßlumens.

In den sekundären Erstprolapsen — so sollen der Kürze halber die Prolapse bezeichnet werden, welche im Anschluß an die Operationen entstanden sind, zum Unterschied von nachgewachsenen Prolapsen — weisen sämtliche Präparate stürmische entzündliche Reaktionen im perivaskulären Gewebe auf. Aus sämtlichen Blutgefäßen ohne Unterschied ihrer Größe findet lebhafteste Auswanderung von weißen Blutelementen, und zwar in diesem Stadium vorwiegend von Rundzellen statt. Dieselben bilden massige und ziemlich ausgedehnte Gefäßhöschen, welche bei nahe aneinanderliegenden Gefäßen häufig ineinanderfließen. Aber auch im gesamten übrigen Gewebe sind Rundzellen anzutreffen, allerdings weit spärlicher als um die Blutgefäße.

Auch die Gefäße der Pia und ihre Sprossen in das darunter liegende Gewebe weisen lebhafteste Zellauswanderung auf, die hier sowohl aus Rundzellen als auch aus polynukleären Leukozyten besteht.

Weiterhin treten in dieser Zeit auch Erythrozyten in oft großer Menge durch die entzündlich veränderten Gefäßwände und bilden massenhaft größere und kleinere Diapedesen weithin im Gewebe.

In älteren, wiedergewachsenen Prolapsen verändert sich das Bild entzündlicher zelliger Infiltration etwas. Die weißen Blutelemente liegen

nicht mehr gehäuft nur in unmittelbarer Umgebung der Blutgefäße; ihre Wanderung hat sich weiterhin in das Gewebe fortgesetzt und es finden sich jetzt fast kompakte Leukozytenmassen, in welchen eine Grundsubstanz oder Zellen anderer Art nicht mehr zu erkennen sind. In solchen Leukozytenhaufen herrschen aber nunmehr polynukleäre Elemente vor, Rundzellen sind weniger häufig vorhanden.

Neben solchen Haufen von Leukozyten liegen Gewebspartien, welche sehr wenig weiße Blutelemente enthalten. Die Blutgefäße selbst, welche in diesem Stadium bereits die oben beschriebenen progressiven und regressiven Veränderungen zeigen, besitzen nur mehr da und dort und dann nur spärliche und rudimentäre Rundzellhöschen. Daneben treten auch polynukleäre Leukozyten in der unmittelbaren Umgebung der Gefäße auf, jedoch lange nicht so häufig wie im früheren Stadium Rundzellen.

Diapedesen von roten Blutkörperchen sind auch hier durchwegs häufig, daneben finden sich aber auch massige per rhexin entstandene Blutungen, welche das umliegende Gewebe zerstören. Oft lassen sich eine oder mehrere stark erweiterte Kapillaren finden, deren eingerissene Wand den Entstehungsort einer solchen Blutung erkennen läßt.

Beim Studium der oben beschriebenen Leukozytenhaufen in den verschiedenen Fällen zeigen sich sehr bald beginnende und vorgeschrittene regressive Veränderungen. Es treten Kerntrümmer in Erscheinung, deren Zugehörigkeit nicht mehr näher zu bestimmen ist; in Endstadien solcher Prozesse findet man mit der in Rede stehenden Färbemethode nur mehr eine abgegrenzte bläulichrote homogene Masse, in welcher stark blau gefärbte Kerntrümmer, vielleicht auch einige eben noch erkennbare degenerierte weiße Blutkörperchen vorkommen.

Auch die aus den Gefäßen getretenen Erythrozyten zeigen rasche regressive Veränderungen, indem sie sich zunächst mit Eosin weniger gut färben und Veränderungen ihrer Gestalt in Form von Schrumpfung und Zerfall aufweisen. Stäubchen und Häufchen von Pigment, welche in solchen Präparaten vorhanden sind, dürfen als Beweis dafür aufgefaßt werden, daß Blutfarbstoff aus zerfallenen Erythrozyten frei geworden ist.

Von Wichtigkeit erscheint die Beobachtung, daß an den neugebildeten Gefäßen in den sekundären Erstprolapsen perivaskuläre Lymphräume fast nirgends zu sehen sind. Das umgebende Gewebe liegt der Gefäßwand fast sämtlicher Blutgefäße fest an. In Präparaten aus älteren wiedergewachsenen Prolapsen zeigen sich an verhältnismäßig wenigen Gefäßen perivaskuläre Lymphräume, welche aber niemals leer angetroffen werden. Sie sind stets von Leukozyten, gewucherten Adventitiazellen, Körnchenzellen, jungem Bindegewebe dicht erfüllt.

Da einerseits die Erweiterung der perivaskulären und adventitiellen Lymphräume als histologischer Beweis für das Vorhandensein von Ödem der Gehirnsubstanz angesehen (Anton, Léwy u.a.m.), andererseits der Hirnprolaps von vielen Autoren als ödematös bedingte Bildung aufgefaßt wird, so erscheint diese Feststellung mit von Wichtigkeit für die später zu entwickelnden Anschauungen über das Wesen des sekundären Hirnprolapses.

Die Struktur der **Grundsubstanz** der untersuchten Gewebe weist dort, wo eine Grundsubstanz überhaupt erkennbar ist, ziemlich einheitlichen Bau

auf. Dort, wo das Gewebe durch die vorhandenen zelligen Elemente noch deutlich als wenn auch schon pathologisch verändertes Gehirn zu erkennen ist, findet sich ein feines engmaschiges Retikulum von Fasern; mittelhäufig sind in demselben kleine oder etwas größere Hohlräume vorhanden, in denen verschieden geformte Zellkerne ohne deutlichen Protoplasmaleib und krümmelige Detritusmassen liegen.

Auch in Präparaten, in welchen die dem Zentralnervensystem zugehörigen Zellelemente bereits stark vermindert oder ganz verschwunden sind, ist die Grundsubstanz fein retikulär. An einzelnen Stellen, welche jedoch durchaus in der Minderheit und von kleinem Umfang sind, ist die feste Fügung der Fasern aufgelockert. Es bestehen dort dann größere Maschen, in denen ab und zu einzelne Zellelemente verschiedener Zugehörigkeit liegen.

Es konnte nicht festgestellt werden, daß die Zahl oder Ausdehnung solcher aufgelockerter Stellen in den Präparaten in einem Zusammenhang mit den Wachstumsverhältnissen der Prolapse steht; sowohl in Erstprolapsen, wie auch in nachgewachsenen älteren finden sie sich ohne Regel der Häufigkeit und Größe.

Es versteht sich, daß eine Beurteilung der Struktur der Grundsubstanz nur dort möglich ist, wo eigentliche Gewebselemente noch nachzuweisen sind. In allen untersuchten Präparaten sind jedoch Blutungen, dichte Haufen von Leukozyten und nekrotische Partien vorhanden, die die Struktur des eigentlichen Gewebes überdecken oder zerstört haben.

Außer den bereits erwähnten Blutelementen sind in den mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Präparaten meines Materiales noch eine Reihe von Zellen anderer Art vorhanden. Auch sie können naturgemäß nur dort gefunden und beschrieben werden, wo nicht durch einen der oben erwähnten Prozesse eine Zellart alle übrigen Gewebselemente verdrängt oder zerstört hat.

In den untersuchten Erstprolapsen, in welchen Gehirnsubstanz noch ungefähr zu erkennen ist, sind dem Zentralnervensystem zugehörige Zellen noch häufig zu finden. Ganglienzellen finden sich allerdings nur mehr vereinzelt und auch diese wenigen befinden sich bereits in einem weit vorgeschrittenen Degenerationsstadium. Dagegen sind noch zahlreiche Gliazellen zu identifizieren, jedoch ebenfalls bereits weitgehend verändert: Einerseits zeigen sich Gliazellen in stark geschwollenem Zustand mit großem, unregelmäßig polygonalem Protoplasmaleib und intensiv granuliertem Kern mit meist einem, seltener zwei Kernkörperchen. Andererseits liegen derartige Kerne ohne sichtbaren Protoplasmasaum innerhalb von kleinen runden Hohlräumen im Gewebe, welche außerdem nur noch Detrituskrümmel enthalten. Die letzteren Formen zeigen oft eine ganz intensiv blau gefärbte Granula. Sie stellen offenbar bereits Übergänge zu gliogenen Abräumzellen (Merzbacher) von Körnchenzellentypus dar.

Auch die Bildung oder Auswanderung zahlreicher Abräumzellen aus Blutgefäßen (histiogene Abräumzellen) läßt sich deutlich verfolgen. Sowohl Endothel- als auch Adventitiazellen der Blutgefäße befinden sich in lebhafter Schwellung und es finden sich besonders unter den letzteren zahlreiche Formen, welche bereits Körnchenzellentypus angenommen haben. Solche Zellformen liegen teils noch in der Gefäßwand größerer Gefäße, teils haben sie dieselbe bereits verlassen, oder stehen nur mehr in lockerem Zusammenhang mit ihr.

Endlich finden sich Abräumzellen von ausgebildetem Körnchenzelltypus auch allenthalben frei im Gewebe.

Epitheloide Formen der Abräumzellen sind in diesem Stadium sehr selten und ganz vereinzelt.

Fibroblasten sind nur in den oft verdickten Wänden der pialen Gefäße reichlich zu sehen. In den neugebildeten Gefäßsprossen und Kapillaren finden sie sich nur sehr spärlich, gar nicht im noch vorhandenen Hirngewebe.

In anderen Stellen von Erstprolapsen, in welchen die Zerstörung des primär vorhandenen Gewebes bereits weiter vorgeschritten ist, zeigen sich als Gliaelemente erkennbare Zellen bereits viel seltener und Ganglienzellen kommen nahezu gar nicht mehr vor. Dagegen sind hier Körnchenzellformen reichlich vertreten und treten epitheloide Zelltypen stellenweise gehäuft in Erscheinung.

Weiterhin finden sich in solchen Stadien bereits reichlich junge Bindegewebszellen in entzündlich weniger infiltrierten Gebieten der Präparate.

Derartige Bilder sind in Präparaten zu sehen, in welchen bereits regressive Gefäßveränderungen, insbesondere Thrombosen, auftreten.

In späteren Stadien solcher Prolapse, etwa vom 7. Tag, überwiegen bereits Gebiete, in welchen dem Nervensystem entstammende Zellformen nicht mehr mit Sicherheit festzustellen sind. Auch die Körnchenzellformen der Abräumzellen werden seltener.

Dagegen treten jetzt gehäuft epitheloide Zellen auf; dieselben zeigen auch vielfach Bilder amitotischer Zellteilung, was als Hinweis auf lebhafte Proliferation dieser Zellen gedeutet werden darf.

Die Schwellung und Auswanderung von adventitiellen Zellen aus den Blutgefäßen kann zu dieser Zeit kaum mehr beobachtet werden.

Die Wände der Blutgefäße selbst sind nunmehr häufig schon stark verdickt, in ihnen finden sich massenhaft junge Bindegewebselemente.

Vom 10. Tag des Prozesses an etwa beginnen an vielen Stellen der Präparate solche junge Bindegewebszellen das Bild zu beherrschen; sie finden sich sowohl in den Wänden der Blutgefäße, dort oft groß und sehr sukkulent, als auch frei im Gewebe, oft in ganzen Zügen, welche parallel oder in verschiedenen Richtungen zu einander verlaufen.

Körnchenzellen- und epitheloide Formen werden nunmehr nicht mehr so häufig getroffen wie in früheren Stadien.

Zu dieser Zeit hat auch schon die entzündliche Auswanderung von Leukozyten aus den Gefäßen geringeres Ausmaß angenommen. Es sind die oben beschriebenen kompakten Anhäufungen von vorwiegend Polynukleären zu finden, welche bereits häufig starke regressive Veränderungen zeigen.

Zellen, welche dem Zentralnervensystem zugehören, sind in solchen Stadien überhaupt nicht mehr vorhanden.

b) Hirnprolaps nach aseptischer Trepanation über lokal gesundem Gehirn. (Tafel 8—10.)

Das Material dieser Art stand mir aus verständlichen äußeren Gründen nicht in so reichlichem Ausmaße und zeitlicher Kontinuität zur Verfügung wie Hirnprolapse nach Schußverletzungen und nachfolgenden Schädelopera-

tionen. Der untersuchte sekundäre Erstprolaps nach aseptischer Trepanation über lokal gesundem Gehirn wird mit Rücksicht auf die Länge der Zeit zwischen 1. Operation und Abtragung des Prolapses bei der 2. Operation bereits als ein spätes Stadium des in Rede stehenden pathologischen Prozesses angesehen werden müssen.

In diesem Stadium — 12 Tage post operationem — sind in dem untersuchten Präparat zwei histologisch deutlich voneinander verschiedene Gewebsarten zu sehen: die eine besteht aus veränderter, aber nach Struktur und Zellformen sicher erkennbarer Gehirnsubstanz, die zweite ist besonders charakterisiert durch reichlichstes Vorkommen von Blutgefäßen. Beide Gewebsarten sind nicht ganz scharf voneinander getrennt, es finden sich wechselseitig Inseln von dem einen histologischen Typus in der anderen Gewebsform.

Die in der Hirnsubstanz vorhandenen — etwas vermehrten — **Blutgefäße** zeigen teils progressive, teils regressive, jedoch nicht stürmische Veränderungen: An einigen Gefäßen sind Endothel- und besonders Adventitiazellen etwas gewuchert, letztere weisen zum Teil die oben beschriebenen Übergänge zu gekörnten Abräumzellen auf. Ziemlich häufig finden sich Gefäßsprossen in Form feinster Kapillaren. Eine Auswanderung von weißen Blutelementen aus den Gefäßen findet sich nur ganz vereinzelt und in sehr geringem Ausmaße.

An regressiven Veränderungen der Blutgefäße sind vorhanden: Vereinzelte kreisrunde Hohlräume, in welchen Blutkörperchen in nicht sehr großer Anzahl liegen; die Form und Größe entspricht genau der von erhaltenen Blutgefäßen; in der Wand dieser Hohlräume liegen noch vereinzelte Endothelzellen, im übrigen ist sie nicht scharf gegen das übrige Gewebe abgegrenzt und besteht aus einer granulierten, etwas krümeligen Masse.

Anderseits sind ehemalige Gefäße zu sehen, welche nach der oben beschriebenen Art durch Wucherung zelliger Elemente obliteriert sind. Solche Zellhaufen sind hier selten und von geringem Umfange.

Recht zahlreich und von großer Ausdehnung sind in diesen Teilen des Präparates Blutungen, welche fast ausschließlich das Gewebe schwer zerstörend gewirkt haben. Da jedoch hier einerseits die Gefäße, aus denen die Blutung stattgehabt hat, nicht zu finden sind, anderseits die Degeneration der Blutkörperchen nicht vorgeschritten ist und sich kein Pigment findet, so glaube ich mit Bestimmtheit annehmen zu sollen, daß es sich hier um bei der Abtragung des Prolapses infolge unvermeidlicher traumatischer Einflüsse entstandene Blutungen handelt.

Die Struktur der **Grundsubstanz** entspricht in diesen Teilen der Präparate der der Gehirnsubstanz. Sie stellt ein feines Retikulum fast ohne deutliche Hohlräume dar, mit Ausnahme solcher, welche infolge Gewebszerstörung durch Blutung entstanden sind.

Von **zelligen Elementen** außerhalb der Blutgefäße finden sich in dieser Gewebspartie vor allem Gliazellen in großer Anzahl; sie zeigen zum geringen Teil noch normale Gestalt; die Mehrzahl weist Veränderungen auf, die in Schwellung, dann in Bildung zahlreicher Übergangsformen zu gekörnten Abräumzellen bestehen. Ausgebildete Abräumzellen vom Körnchenzelltypus sind hier

ebenfalls reichlich vorhanden, zum Teil, wie schon erwähnt, auch aus mesodermalen zelligen Elementen (aus den Blutgefäßwänden) hervorgegangen.

Weiterhin finden sich Ganglienzellen in geringer Zahl, zum größten Teil in ziemlich weit vorgeschrittenen Stadien scholliger Degeneration.

Die zweite in diesem Material vorkommende Gewebsart ist gekennzeichnet durch großen Reichtum an Blutgefäßen und zelligen Elementen.

Die **Blutgefäße** liegen häufig Wand an Wand, weisen aber meist nicht den histologischen Typus einfacher Kapillaren auf. In ihren Wänden finden sich neben der inneren Schicht von Intimazellen Adventitiazellen oft in reichlicher Anzahl und häufig vergrößert. Auch die bereits mehrfach erwähnten Übergangsformen mesodermaler Zellen in gekörnte Abräumzellen kommen an diesem Orte reichlich vor. Zwiebelschalenartige Verdickung der Gefäßwände infolge Anlagerung von Bindegefäßzellen ist nirgends zu beobachten.

An vereinzelten Gefäßen findet sich eine mäßige Auswanderung von meist polynukleären Leukozyten, welche jedoch nirgends massig ist und sich nicht weit in das umgebende Gewebe erstreckt. Die meisten Gefäße sind frei von dieser Erscheinung.

Blutungen und Diapedesen sind nur in geringer Anzahl und minimaler Ausdehnung vorhanden.

Die **Grundsubstanz** besteht in dieser Gewebspartie aus einem Fachwerk von meist gröberen, unregelmäßig verlaufenden, rötlich gefärbten Balken, zwischen denen sich größere, anscheinend leere Lücken vorfinden. Eine Erweiterung der perivaskulären Lymphräume ist nirgends zu erkennen.

Wie schon erwähnt, ist der **Zellreichtum** dieser Gewebspartie auch außerhalb der Blutgefäße ein großer. Am stärksten sind Zellen vertreten, deren gemeinsames Kennzeichen in dem Vorhandensein einer reichlichen Granula im Zelleib besteht. Ihre Formen und Größen sind dabei nicht konstant, es kommen rundliche und unregelmäßig polygonale Gestalten von der doppelten bis zur mehrfachen Größe eines polynukleären Leukozyten zur Beobachtung. An manchen Stellen sieht der Zelleib solcher Elemente wie blasig aufgequollen aus und zeigt bei starker Vergrößerung ein Gitterwerk von feinen Fasern, in dem sich stellenweise bei dieser Färbung anscheinend leere größere Vakuolen finden. Die Zellen sind morphologisch vollkommen identisch mit den von Merzbacher beschriebenen Gitterzellen.

An manchen Stellen dieser Gewebsform sind ferner junge Bindegewebszellen vorhanden, welche groß und sukkulent aussehen und nicht sehr zahlreich sind. Manchmal findet man sie auch in Gefäßwänden.

Die Präparate aus dem 13 Tage später abgetragenen, wiedergewachsenen Prolaps (25 Tage nach der I. Operation) zeigen ebenfalls zwei voneinander verschiedene Gewebstypen, deren eine aus hochgradig veränderter Hirnsubstanz besteht. Dortselbst sind die **Blutgefäße** vermehrt und größtenteils mit Zellhöschen ausgestattet. Eine bindegewebige Wandverdickung ist nirgends erkennbar. Die **Grundsubstanz** besteht aus einem feinen Retikulum, welches stellenweise aufgelockert erscheint. Überall sind massenhaft **Glia**kerne zu sehen.

Die Gliaelemente sind zum größten Teil hochgradig verändert, geschwollen und weisen Übergänge zu gekörnten Abräumzellen auf. Ganglienzellen sind

nirgends sicher nachweisbar. An weiteren pathologischen Zellformen finden sich zahlreiche gekörnte und gegitterte Abräumzellen.

Die zweite in diesem Präparat beobachtete Gewebspartie besteht zum allergrößten Teil aus neugebildetem Bindegewebe, welches in derben, relativ zellarmen Faserzügen gelagert ist. Zwischen den Bindegewebsbalken sind einerseits zahlreiche Gefäße eingelagert, die zum größten Teil vorgeschrittene progressive Veränderungen in Form von bindegewebiger Wandverdickung aufweisen. An einzelnen Gefäßen finden sich auch zahlreich gewucherte Adventitiaelemente und Übergänge von diesen zu Abräumzellformen.

Um mehrere Blutgefäße haben sich Höschen von Leukozyten und zwar hauptsächlich von Rundzellen, spärlicher von polynukleären Zellen gebildet.

Andererseits finden sich zwischen den Bindegewebsbalken Nester von dicht aneinander gelagerten Zellen ohne erkennbare Grundsubstanz. Dieselben bestehen zum geringen Teil aus Leukozyten, zum größten Teil aus Körnchenzelltypen verschiedener Form und Größe. Außerdem kommen dortselbst mehr vereinzelt junge Bindegewebselemente vor. In dem ganzen bindegewebig veränderten Anteil des Präparates kommen reichlich Schollen von altem Blutpigment vor als Ausdruck seinerzeit stattgehabter und nunmehr resorbierter Blutung. Frischere Diapedesen sind nur an einzelnen Stellen in geringem Ausmaße vorhanden. Die in den Bindegewebszügen selbst gelagerten Zellen zeigen zum größten Teil den Typus von jungen sukkulenten Bindegewebszellen. Daneben finden sich aber auch in einzelnen stärker rotgefärbten Faserzügen typische lange schmale alte Bindegewebskerne.

Die Untersuchung des wiedergewachsenen Prolapses, der 6 Tage nach dem vorigen abgetragen wurde (31 Tage nach der I. Operation), ergibt ganz ähnliche histologische Verhältnisse, wie sie für die Erstprolapse nach Gehirnschußverletzungen beschrieben worden sind.

Die **Blutgefäße** befinden sich jetzt in entzündlichem Reizzustande; viele Gefäßsprossen beweisen die einsetzende Neubildung von Gefäßen. Allenthalben ist stürmische Auswanderung von weißen Blutelementen, und zwar sowohl von Rundzellen als auch von polynukleären Leukozyten zu sehen, welche sowohl Gefäßhöschen bilden als auch stellenweise als bereits recht kompakte Infiltrate das Gewebe durchsetzen.

Außerdem finden sich reichlich Diapedesen und kleinere per rhexin entstandene Blutungen.

Die Blutgefäßwände enthalten auch hier zahlreiche Intima- und besonders Adventitiazellen, welche sukkulent vergrößert erscheinen. Bindegewebige Verdickung der Wände kommt nicht zur Beobachtung.

Die **Grundsubstanz** ist fein retikulär, nur vereinzelt finden sich Hohlräume. An einzelnen größeren Blutgefäßen ist eine Erweiterung des perivaskulären Lymphraumes zu konstatieren, welcher vollgepfropft ist mit zelligen Elementen verschiedener Art, hauptsächlich Leukozyten.

Außerhalb der Blutgefäße finden sich zahlreiche gekörnte Abräumzellen im Gewebe, epitheloide Typen und Fibroblasten fehlen durchgängig.

In Randpartien um das entzündlich veränderte Gewebe liegen noch reichlich Gliazellen, meist in Schwellungsstadien begriffen. Vereinzelt finden sich stark degenerierte Ganglienzellen in denselben Gebieten.

Ein einzelnen Präparaten aufliegender Piastreifen zeigt sich ebenfalls stark entzündlich infiltriert, verdickt und entsendet Gefäßsprossen in das darunter liegende Gewebe.

2. Hämatoxylin- van Gieson'sche Färbung. (Tafel 11.)

Die Färbemethode wurde zum Studium der Bindegewebsneubildung im sekundären Hirnprolaps angewendet. Bekanntlich färben sich Bindegewebsfasern nach dieser Methode mit Säurefuchsin leuchtend rot, Glia mit Pikrinsäure gelb, so daß eine Unterscheidung dieser beiden Gewebsarten im Zentralnervensystem möglich ist.

Allerdings nimmt auch Fibrin das Säurefuchsin begierig an; es ist aber fast immer leicht, Bindegewebe und Fibringerinnsel besonders bei stärkeren Vergrößerungen zu unterscheiden; denn einmal unterscheiden sich diese beiden Gewebselemente morphologisch von einander, indem die Bindegewebsfasern wellig und vielfach untereinander parallel verlaufen, die Fibrinfasern dagegen unregelmäßige Ecken und Zacken, oft auch kleinste Knötchen an den einzelnen Fasern zeigen und immer ein wirres Netzwerk bilden. Andererseits wird bei meinem Material, wo es sich der Hauptsache nach um neugebildetes Bindegewebe handelt, zu erwarten sein, daß die Bindegewebsfasern im Zusammenhang mit jungen Bindegewebszellen zu finden sind, was ebenfalls eine Unterscheidung von Fibrinfäden leicht ermöglicht.

a) Hirnprolapse nach Hirnzertrümmerung durch direkte Schußverletzung.

In den sekundären Erstprolapsen nach penetrierenden Kopfschüssen mit Hirnverletzung, welche mir zur Verfügung standen, findet sich dort, wo das Hirngewebe zwar schon weitgehend pathologisch verändert, aber noch erkennbar ist, kein Bindegewebe in der nervösen Substanz. Dagegen zeigt sich dort, wo Reste der weichen Hirnhäute vorhanden sind, daß bereits in diesem Stadium in den Wänden der pialen Blutgefäße reichliche Bindegewebsneubildung vorhanden ist; die Gefäßwände sind in der Mehrzahl verdickt und zwar durch Apposition von parallel verlaufenden, ziemlich derben Bindegewebsfasern, in welchen reichlich schwärzliche Bindegewebskerne vorkommen; dadurch entsteht die oft beschriebene zwiebelschalenartige Verdickung der Gefäßwände. Von einzelnen pialen Blutgefäßen streben nun auch Bindegewebsfasern in das darunter liegende pathologisch veränderte Gehirn. Solche Fasern sind zart und erstrecken sich nie weit ins Gewebe; immer ist ihr Zusammenhang mit der Wand eines pialen Blutgefäßes deutlich nachzuweisen; sie entspringen niemals von jungen Gefäßsprossen, sondern immer von größeren Gefäßen mit verdickten Wandungen, in einzelnen Fällen auch von solchen, welche bereits beginnende bindegewebige Obliteration zeigen (s. S. 43).

An 7—8 Tage alten Prolapsen beginnt das Bindegewebe größerer Blutgefäße im entzündlich veränderten Gewebe des Prolapses selbst sich zu vermehren. Es tritt die oben beschriebene zwiebelschalenartige bindegewebige Verdickung der Gefäßwände zunächst an einigen größeren Gefäßen in Erscheinung. Weiter ziehen sich von zahlreichen im Gewebe liegenden Blutgefäßen Bindegewebsfasern in das umliegende Gewebe; oft liegen dieselben an Gefäßquerschnitten so, daß sie ein ungefähr dreieckiges Feld bilden, dessen Basis an der Gefäß-

wand und dessen Spitze am weitesten von derselben im Gewebe liegt. Auch diese Bindegewebsfasern sind zart, wellig und liegen nicht sehr dicht.

Daneben kommt bei dieser Färbung, wie schon erwähnt, auch Fibrin in den Prolapsen zu schöner Darstellung. Neben kleineren und größeren Fibringerinnseln, welche frei im Gewebe besonders in und um Blutungen vorkommen, interessiert besonders das Auftreten von oft sehr kompakten Fibringerinnseln in kleinen neugebildeten Blutgefäßen; die einzelnen Fäden dieser Gebilde sind derb, zwischen ihnen liegen spärliche rote und weiße Blutkörperchen, welche bereits weitgehende Veränderungen, wie schlechte Färbbarkeit, Zerfall des Zellkernes, aufweisen. Diese Verhältnisse dürften darauf hinweisen, daß es sich hier um intravital aufgetretene Thrombenbildung in den Gefäßchen handelt und nicht um postmortale oder durch die Härtung und Einbettung des Materiales hervorgerufene Gerinnungsvorgänge.

In wiedergewachsenen Prolapsen, welche am 10.—11. Tag nach der Operation abgetragen wurden, zeigt bereits die Mehrzahl der Blutgefäße die wiederholt beschriebene bindegewebige Verdickung der Wände in höherem oder geringerem Grade. Außerdem finden sich aber auch stellenweise derbere Bindegewebsstränge mit reichlichen jungen Zellelementen frei im Gewebe, auch innerhalb von alten Blutungen. Weiterhin zeigen sich in ehemaligen Blutgefäßen, welche durch zellige Wucherung obliteriert sind (s. S. 43) junge Bindegewebsfasern, welche mit vermehrten großen, granulierten Kernen innig zusammenhängen.

In noch späteren Stadien des in Rede stehenden Prozesses endlich finden sich neben recht derben Bindegewebszügen im Gewebe und in den Gefäßwänden Knäuel von mehr weniger derben Bindegewebsfasern, welche scharf gegen das umgebende Gewebe abgegrenzt sind und die Größe und Form von Blutgefäßen aufweisen. Zellkerne sind in diesen Gebilden nicht nachzuweisen. Hier handelt es sich wohl um ein Endstadium des oben beschriebenen Prozesses der Obliteration von Blutgefäßen mit nachfolgender bindegewebiger Organisation.

b) Hirnprolapse nach aseptischer Operation über lokal gesundem Gehirn.

In dem untersuchten Erstprolaps dieser Art ist Bindegewebe nur in den Wänden der zahlreichen Blutgefäße in jenem Teil der Präparate vorhanden, in welchem nach der obigen Beschreibung (siehe S. 48) reichliche Gefäße vorkommen.

Eine Bindegewebsneubildung außerhalb der Gefäßwände ist in diesem zell- und gefäßreichen Anteil der Präparate nirgends zu beobachten.

In dem noch erhaltenen Gehirngewebe fanden sich nirgends bindegewebige Elemente.

Von massigster Ausdehnung dagegen zeigt sich die Bindegewebsneubildung in dem 23 Tage später abgetragenen wiedergewachsenen Prolaps. Hier besteht der überwiegende Anteil der Präparate aus mächtigen Zügen jugendlichen Bindegewebes mit großen sukkulenten Kernen. Die Blutgefäßwände sind ebenfalls derb bindegewebig verdickt. Einzelne der vorhandenen Bindegewebsfasern sind offenbar ältere, was aus dem reichlicheren Vorkommen von schmalen langen intensiv gefärbten Kernen geschlossen werden darf.

In dem 7 Tage später abgetragenen, wiedergewachsenen Prolaps, welcher aus akut entzündlich verändertem Gewebe besteht, sind bindegewebige Elemente nicht nachweisbar. Dagegen finden sich hier Fibringerinnsel sowohl im Gewebe als auch in einzelnen Kapillaren.

3. Achsenzylinderimprägnation nach Bielschowsky und Markscheidenfärbung nach Weigert. (Tafel 12.)

Die beschriebenen Ergebnisse der zur Erzielung von Übersichtspräparaten angewendeten Färbemethoden hatten hochgradige akut entzündliche Veränderungen in den untersuchten Geweben nachgewiesen.

Es war daher von vornherein ein weitgehender und progredienter Zerfall der Markscheiden und Achsenzylinder in den Prolapsen anzunehmen, da ja diese Bestandteile des nervösen Parenchyms erwiesenermaßen bei lokalen entzündlichen Prozessen rasch degenerieren und zugrunde gehen. Eine Anteilnahme an der Volumvermehrung des Schädelinhaltes und damit an der Entstehung eines sekundären Hirnprolapses konnte aus diesem Grunde für die Achsenzylinder und Markscheiden nicht erwartet werden.

Wenn auch deshalb und mit Rücksicht auf den Grundgedanken vorliegender Untersuchung das Verhalten dieser Gebilde weniger interessieren konnte, so wurden doch der Vollständigkeit halber Stichproben mit der Silberimprägnation und der Weigertschen Markscheidenfärbung vorgenommen, um den exakten Nachweis zu erbringen, daß die erwarteten Veränderungen vorhanden sind.

In Erstprolapsen sind mit der Bielschowsky-Methode noch ziemlich zahlreiche Achsenzylinderelemente nachzuweisen; sie sind jedoch bereits durchwegs mehr oder weniger hochgradig pathologisch verändert und stark rarefiziert. Die einzelnen Fasern verlaufen unregelmäßig wellenförmig und liegen mit anderen gleichartigen Gebilden unregelmäßig verworfen. Die Fasern sind nicht gleichmäßig in ihrer ganzen Länge gefärbt und zeigen an vielen Stellen Auftreibungen; an solchen Stellen sind heller und dunkler imprägnierte Fibrillen deutlich sichtbar. Häufig begegnet man Bildern, in welchen Achsenzylinder mit büschelförmiger Auflockerung ihrer Fibrillen anscheinend frei im Gewebe endigen.

Beziehungen zwischen Fibrillen und Ganglienzellen sind sehr selten zu beobachten. An ganz vereinzelten noch in ihrer Form erhaltenen Ganglienzellen sind noch den Heldschen Endkelchen (102) ähnliche Aufsplitterungen der Fibrillen zu sehen. Derartige Bilder sind jedoch nur ausnahmsweise zu finden.

Neben Partien der Präparate, in welchen noch verhältnismäßig häufig Achsenzylinder färbbar sind, gibt es zahlreiche andere, in denen nur mehr ganz vereinzelt Achsenzylinder nachgewiesen werden können. Dieselben weisen gleichfalls die eben betriebenen Degenerationserscheinungen auf.

In Präparaten aus späteren Stadien des in Rede stehenden Prozesses konnten mittels der Bielschowsky-Methode Achsenzylinder nicht mehr nachgewiesen werden.

Die Präparate, welche zwecks Darstellung der Markscheiden nach Weigert gefärbt wurden, zeigten schon makroskopisch, daß hier weitgehende patholo-

gische Veränderungen stattgefunden hatten. Eine intensive Blaufärbung war nirgends zu erzielen, die Präparate erschienen zum größten Teil in bräunlichen Farbentönen mit größeren oder kleineren, unregelmäßig verteilten, bläulich gefärbten Stellen.

In Erstprolapsen, und zwar sowohl in solchen nach Gehirnschußwunden als auch in dem nach aseptischer Operation über lokal gesundem Gehirn, zeigen die noch gefärbten Markscheidenelemente bereits weitgehende Degenerations- und Zerfallserscheinungen. Sie sind zum größten Teil schollig zerfallen, nur vereinzelt lassen sie sich auf kurze Strecken als Kontinuität verfolgen. Bei stärkeren Vergrößerungen erweisen sich die Markscheidenreste als ein Gewirr von Fäserchen, welche stark rarefiziert und vielfach blasig aufgequollen sind; solche blasige Auftreibungen finden sich an den Markscheidenresten sowohl endständig als auch an irgend einer Stelle ihres Verlaufes. In vielen Fällen ist auch der ganze Markscheidenrest gequollen, nur mehr ganz blaßbläulich gefärbt, mit etwas dunkler gefärbten scharfen Rändern.

Daneben finden sich allenthalben bläuliche Krümmel und Schollen, welche in keiner Kontinuität mit noch zusammenhängenden Markscheidenresten mehr stehen; solche Schollen sind größer und kleiner, unregelmäßig rundlich oder polygonal, und noch blasser gefärbt als noch zusammenhängende Markscheidenreste.

In nach der Abtragung wiedergewachsenen Prolapsen treten die Markscheidenreste immer spärlicher, der Degenerationsprozeß an ihnen immer intensiver in Erscheinung; es überwiegen die scholligen Zerfallsprodukte gegenüber noch zusammenhängenden Markscheidenresten; die Färbbarkeit der in Rede stehenden Elemente nimmt zusehends ab, so daß es nur mit starken Vergrößerungen möglich ist, bläuliche Krümmel und faserartige Gebilde zwischen den überwiegend bräunlich und schwärzlich gefärbten Gewebsbestandteilen zu erkennen.

Schließlich gelingt es überhaupt nicht mehr, mit der Weigertschen Färbung Markscheidenreste nachzuweisen, so daß ein allmählicher, vollkommener Zerfall dieser Elemente mit nachfolgender chemischer Veränderung, Resorption und Abtransportierung der Zerfallsprodukte angenommen werden muß.

4. Cajalsche Sublimat-Goldreaktion der Neuroglia. (Tafel 14—19.)

Reinking (20) vertritt u. a. die Ansicht, daß das fortschreitende Wachstum vieler sekundärer Hirnprolapse mit bedingt sei durch Wucherung der Stützsubstanz, das ist der Neuroglia; dagegen sind andere Autoren, beispielsweise in jüngster Zeit O. Mayer (32) der Meinung, daß im Hirnprolaps die spezifischen Gewebselemente, darunter also auch die gliösen, rasch zugrunde gehen.

Es erschien daher notwendig, auch im Hinblick auf diese Frage methodische Untersuchungen anzustellen, um zu entscheiden, inwieweit die Neuroglia an dem Aufbau der pathologischen Gewebe, welche den sogenannten Hirnprolaps bilden, teilnimmt.

Die klassische Färbemethode der Neuroglia nach Weigert, sowie der größte Teil der späteren Gliafärbungen habe ich für das vorliegende Material nicht in Anwendung gebracht; viele Methoden geben unsichere Resultate

und sind, wenn nicht absolut vorschriftsmäßig auch in bezug auf Alter und Vorbehandlung des Materiales ausgeführt, nicht genügend elektiv, wie zahlreiche Vorversuche ergaben.

Die im Jahre 1915 von Cajal (100) angegebene Imprägnierung der Glia mit Gold unter gleichzeitiger Anwendung von Sublimat hat dagegen bei Verwendung stets frischer Reagenzien den Vorzug absoluter Sicherheit und großer Elektivität.

Vorversuche an Schnitten aus normalen, zum Teil jahrelang in 10 % Formollösung konservierten Gehirnen ergaben außerdem die vorteilhafte Tatsache, daß auch an so altem Materiale die Färberesultate ausgezeichnete und vollkommen hinreichend waren, um die einschlägigen morphologischen und strukturellen Verhältnisse der Neuroglia beurteilen zu können.

Schaffer (103) hat allerdings der Meinung Ausdruck gegeben, daß mit der in Rede stehenden Methode wohl die protoplasmatischen Gliaelemente ausgezeichnet dargestellt würden, nicht aber die faserigen. Dem muß ich insofern zustimmen, als es tatsächlich nur dann gelingt, auch die Gliafasern gut darzustellen, wenn man stark überfärbt; dies bringt jedoch wieder den Nachteil mit sich, daß die feineren Strukturverhältnisse der Gliazellen, insbesondere ihre Granula, dann nicht mehr erkennbar ist.

Bei dem reichlich zur Verfügung stehenden Material konnte diese Schwierigkeit leicht umgangen werden, indem Schnitte von demselben Präparat teils normal gefärbt, teils stark überfärbt wurden, wodurch ein Überblick über alle in Betracht kommenden Formelemente durch Vergleich und Zusammenhalt der so gewonnenen Resultate ermöglicht war.

Es erschiene interessant, eine erschöpfende Darstellung des Verhaltens der Neuroglia bei den vorliegenden, vorwiegend entzündlichen Prozessen zu geben, wie es sich nach der neuen sicheren Färbemethode Cajals darstellt, da derartige Untersuchungen meines Wissens noch nicht vorliegen. Dies muß jedoch einer späteren ausführlichen Arbeit vorbehalten bleiben, welche insbesondere auch Vergleiche mit anderen bekannteren Gliafärbungen beinhaltet, da dies den Rahmen der vorliegenden Untersuchungen weit überschreiten würde.

Im folgenden soll deshalb nur eine gedrängte Darstellung des Verhaltens der Neuroglia im Hirnprolaps gegeben werden, welche neben den hauptsächlichsten morphologischen Veränderungen der gliösen Elemente vor allem den Anteil berücksichtigt, den dieselben an dem Aufbau des pathologischen Gewebes nehmen.

In jungen Sekundärprolapsen, welche frischeste entzündliche Erscheinungen darbieten, sind hauptsächlich riesige Spinnenzellen nachweisbar. Dieselben sind gegenüber der Norm hochgradig vermehrt und vergrößert und bilden stellenweise mit ihren zahllosen feinen Fortsätzen ein dichtes Netzwerk, in dessen Maschen mehr vereinzelt kleine apolare Gliazellen liegen.

Die einzelnen Astrozyten zeigen die bekannte feine Granula im Ektoplasma, welche sich in die Fortsätze erstreckt; ein granulaarmes Endoplasma um den Kern ist nicht bei allen Zellen nachweisbar, vielmehr erstreckt sich die feine Granulierung meist gleichmäßig über den ganzen Zelleib.

Die Färbung des Kernes ist an einer Anzahl von Spinnenzellen eine gute, daneben findet sich aber eine auffallend große Anzahl von solchen, bei denen

der Kern nur wenig intensiver gefärbt ist als das Protoplasma und sich daher schlecht abgrenzen läßt. Weiterhin sind sonst wohlgebildete Astrozyten vorhanden, deren Kerne die u. a. von Eisath (104) beschriebene Abhebung der Kernmembran, also bereits weitgehende regressive Veränderungen des Zellkernes zeigen.

Die Fortsätze der feingranulierten Astrozyten erstrecken sich weithin in das Gewebe und zu den vorhandenen Blutgefäßen, woselbst sie die bekannten Gefäßfüßchen bilden; daneben sind viel freie Gliafasern vorhanden und läßt sich die Bildung von Weigertfasern in einzelnen Zellen deutlich sehen.

Neben solchen, nach Größe und Zahl hypertrophischen Gliaelementen, welche nur teilweise bereits Zeichen des beginnenden Verfalles aufweisen, finden sich zahlreiche Zellen, die den letzteren Prozeß bereits in vorgeschrittenen Stadien zeigen. Es sind dies zunächst etwas kleinere, plumpe Zellen, deren Granula zum Teil oder durchwegs grobkörnig ist und die kürzere und derbere Fortsätze tragen als die Riesenastrozyten. Ihre Kerne sind klein, dunkel gefärbt und liegen wandständig; in vielen ist ein Kern nicht deutlich nachweisbar. Die derben Fortsätze verlaufen vielfach geschlängelt und tragen knötchen- oder walzenförmige Auftreibungen.

Weiterhin finden sich walzen- und wurstförmige Gliazellen, deren Astrozytencharakter nur mehr durch einen oder wenige kurze, derbe Fortsätze erwiesen wird; ihre Granula ist derb und gleichmäßig über den ganzen Zelleib verteilt; ein Kern ist, wenn überhaupt, nur mehr in Form einer unscharf begrenzten, dunkler tingierten Stelle im Zellprotoplasma zu erkennen.

Auch diese Zellen entsenden, wenn sie in der Nähe von Blutgefäßen liegen, Fortsätze zu denselben, welche jedoch ebenfalls derber sind als die der Riesenastrozyten.

Neben Gewebspartien, welche die eben beschriebenen gliösen Elemente enthalten, finden sich weite Strecken in den Präparaten von jungen Erstprolapsen, welche vollkommen frei sind von Bestandteilen der Neuroglia und weder Zellen noch Fasern dieser Art aufweisen; soweit bei dieser Färbemethode ein Urteil möglich ist, handelt es sich dabei um solche Gegenden der Präparate, in welchen eine dichteste Infiltration mit Blutelementen vorhanden ist.

In ein bis zwei Tage älteren Prolapsen sind Riesenastrozyten nicht mehr vorhanden. Hier beherrschen an vielen Stellen der Präparate Spinnenzellen das Bild, welche dem kleineren eben beschriebenen Typus gleichen. Sie liegen insbesondere in der Nähe von Gefäßsprossen oft sehr dicht, paarweise oder zu mehreren aneinander. Ihre Granula ist etwas gröber als die der Riesenspinnenzellen, die Fortsätze sind ebenfalls plumper und im allgemeinen viel kürzer als bei jenen. Nur zu den Blutgefäßen ziehen einzelne feinere lange, meist stark geschlängelte Fortsätze, um dortselbst in verschieden geformten, oft plumpen Gefäßfüßchen zu endigen.

Die Kerne dieser Zellen sind deutlich gegen das Protoplasma abgegrenzt, tiefrot gefärbt, und zeigen ziemlich derbe Granula. Sie liegen stets wandständig, oft dem Zellkörper förmlich aufgesetzt und sind von rundlicher Gestalt; aber auch polygonale, eckige oder eingekerbte, also degenerative Formen kommen häufig vor.

Unter den beschriebenen Zellen finden sich viele, welche auffallend wenig gegliedert sind. Sie besitzen einen walzenförmigen Zelleib mit einem dem einen Pol aufsitzenden Kern und einen einzigen von dem dem Kern entgegengesetzten Pol ausgehenden, ziemlich derben und langen Fortsatz.

Weiterhin sind zahlreiche apolare Gliazellen vorhanden.

Neben solchen Zellformen finden sich in anderen Partien der bezüglichen Präparate Gliazellen, welche sich den amöboiden Formen dieser Elemente nähern; sie besitzen einen großen, runden, tief tingierten Kern und relativ spärliches Protoplasma; dasselbe bildet derbe Spitzen, Zacken und breite Einkerbungen, so daß der Zelleib die bekannte amöbenähnliche Gestalt annimmt [Alzheimer (105)].

Die Granula dieser Zellformen ist sehr fein und oft unregelmäßig verteilt, so daß die Zellen wohl den von Eisath beschriebenen amöboiden Formen mit teilweiser homogener Umwandlung gleichzustellen sind.

Zu Blutgefäßen stehen solche Zellen nur insofern in Beziehung, als sie in der Umgebung derselben dichter liegen; Fortsätze zu den Gefäßen sind an ihnen nirgends zu beobachten.

Auch in der Nachbarschaft der eben beschriebenen Formen sind zahlreiche apolare Gliazellen zu finden, welche sich dadurch auszeichnen, daß sie die Färbung verschieden stark angenommen haben; neben intensiv gefärbten Zellen mit schöner Granula finden sich auffallend blasse, welche eine Granula nicht mehr erkennen lassen und zwischen diesen beiden Extremen sind zahlreiche Übergangsstufen vorhanden.

Endlich sind weite Strecken in den in Rede stehenden Präparaten vorhanden, in denen die Gliazellen weitgehende Zeichen des Verfalles aufweisen. Vor allem sind die gliösen Elemente nur ganz blaß gefärbt, nur in der unmittelbaren Nähe von Blutgefäßen findet sich noch eine intensivere Farbreaktion. Dieser Umstand bewirkt, daß die bezüglichen Bilder den Eindruck erwecken, als hätte eine Ansammlung von Gliaelementen um die vorhandenen Blutgefäße stattgefunden; tatsächlich dürfte jedoch der Vorgang dahin aufzufassen sein, daß die in der unmittelbaren Umgebung von Gefäßen liegenden Gliazellen sich dem allgemeinen Untergang der gliösen Elemente deshalb länger widersetzen können, weil sie besser ernährt werden als die von Gefäßen entfernter gelegenen Zellen.

Aber auch diese noch erhaltenen Gliazellen tragen starke Degenerationszeichen: Amöboide Zellformen mit undeutlich begrenztem, oft walzenförmigem oder polygonalem Kern, kurze derbe Fortsätze, grobe Granula, Vakuolenbildung im Zelleib sind hierher zu rechnen.

Eine merkwürdige Erscheinung ist, daß hier sowie in Präparaten, welche noch weitgehendere Verfallszeichen der Gliazellen zeigen, bei der angewandten Färbung grobe Niederschläge gerade dort entstehen, wo Reste von Gliazellen den stattgehabten Untergang solcher Elemente beweisen. Diese Niederschläge treten in Form von Stäubchen und Stippchen, aber auch von größeren Klumpen auf. War zunächst die Vermutung naheliegend, daß es sich um Färbefehler handle, so sprach der Umstand dagegen, daß solche Niederschläge regelmäßig an Orten auftraten, wo offensichtlich Glia zugrunde gegangen war; und weiterhin fanden sich degenerierte Gliazellen mit schattenhaft gefärbtem Protoplasma und etwas deutlicher tingiertem Kern, die im undeutlich begrenzten, aber

doch noch erkennbaren Zelleib solche stäubchenförmige Niederschläge dicht aneinandergelagert nach Art einer groben Granulierung zeigten. Es liegt also die Vermutung nahe, daß es sich bei diesen anscheinenden Niederschlägen um Gliadetritus handelt, der eine intensive Sublimatgoldreaktion eingeht.

Freie Gliafasern sind in diesem Stadium des Hirnprolapses nicht sehr reichlich vorhanden; auch bei intensiver Überfärbung gelang es nicht, solche in größerer Zahl zur Darstellung zu bringen.

In wieder 2—3 Tagen älteren, also etwa 10—11 Tage alten Hirnprolapsen sind hochgradige Degenerationserscheinungen der Neuroglia schon in der ganzen Ausdehnung der Präparate vorhanden. Weithin finden sich überhaupt keine gliösen Elemente mehr, nur spärlich liegen an einzelnen Orten schwer entartete Gliazellen.

An Entartungserscheinungen kommen folgende zur Beobachtung: Einmal die bereits oben erwähnte mangelhafte Färbbarkeit der wenigen noch erhaltenen Gliazellen, welche bewirkt, daß dieselben nur schattenhaft tingiert erscheinen, oft ohne oder mit nur undeutlich begrenztem und in der Form hochgradig pathologisch verändertem Kern. Ferner hochgradige morphologische Veränderungen der noch besser färbbar erhaltenen Gliazellen; solche finden sich ausschließlich nur in unmittelbarer Nähe von Blutgefäßen, ein Verhalten, das jetzt noch viel deutlicher zutage tritt als im eben vorher beschriebenen Stadium. Solche Zellen zeigen durchwegs ganz abenteuerliche Formen: sie sind häufig recht groß, walzenförmig, meist ohne alle feineren Fortsätze; ein Zellkern ist kaum einmal deutlich zu identifizieren, oft kommen 2—3 dunkler gefärbte Stellen in einem Zelleib vor, welche als Kernreste angesprochen werden könnten, eine sichere Identifizierung jedoch nicht mehr gestatten.

Die Granula solcher Gebilde ist grobkörnig und unregelmäßig im Zelleib verteilt; an einzelnen Zellen scheint es, als ob die Granula an einer Stelle ausgetreten wäre, was wohl als Zerfallserscheinung aufzufassen ist.

Weiterhin sieht man in diesem Stadium Gebilde, wie sie Schaffer als eine Form der Gliazelldegeneration beschreibt: Knäuel von plumpen geschlängelten kurzen Fortsätzen ohne deutlich erkennbaren Zelleib und Kern; diese Balken enthalten eine grobe, unregelmäßig verteilte Granula und vereinzelte Vakuolen, gerade so wie auch die eben beschriebenen Walzenformen.

Dann finden sich in der Nähe mancher Gefäße massenhaft kleine Gliaelemente, von denen eine geringe Anzahl mit Sicherheit als apolare Gliazellen anzusprechen sind. Die Mehrzahl jedoch besteht aus unregelmäßig polygonal, eckig und zackig geformten Gebilden, an denen manchmal noch ein Kernrest und ein homogener oder seltener unregelmäßig grobgranulierter Plasmasaum zu unterscheiden sind.

Endlich sind in der Nähe solcher gliaumlagerter Blutgefäße auch freie Gliafasern reichlich zu sehen; auch sie zeigen vielfach Degenerationserscheinungen, welche in unregelmäßig welligem Verlauf, dem Auftreten von Knötchen und Auftreibungen im Verlauf der Fasern bestehen; solche Auftreibungen zeigen oft eine grobe Granulierung, seltener auch kleine Vakuolenbildungen.

Die bereits oben beschriebenen Niederschläge finden sich auch hier stellenweise in reichlichem Maß, meist viel derber als im vorher beschriebenen Stadium.

Außer der ausschließlichen Lagerung aller der beschriebenen Gebilde um die Blutgefäße weisen die Gliareste weitere deutliche Beziehungen zu den Gefäßen auf; manchmal zieht von einem Pol einer walzenförmigen Zelle eine unregelmäßig wellige Granulareihe zur Gefäßwand, um dort einen unregelmäßig geformten, meist rundlichen oder polygonalen Gefäßfuß zu bilden; solche Bilder sind jedoch selten. Häufiger liegen walzenförmige Zellen der Membrana gliae perivascularis dicht an, entweder mit einem Pol oder der Länge nach in kürzerer oder längerer Ausdehnung.

Die Membrana gliae perivascularis ist fast durchwegs derb, stark und grob granuliert und oft ungleichmäßig dick infolge von Ecken und Zacken, welche nach außen hin vorspringen; bei den letzteren Gebilden dürfte es sich wohl um Reste von Gliafüßchen handeln, denn man sieht häufig Formen, welche die Pyramidengestalt von Gliafüßchen noch deutlich erkennen lassen.

Bei weiterem Wachstum des Hirnvorfalles schreitet der Degenerationsprozeß der Neuroglia rasch vorwärts, wie Präparate von älteren wiedergewachsenen Prolapsen beweisen. Große Gliazellen finden sich in der weiteren Folge immer seltener, der Spinnenzellentypus ist zu dieser Zeit bereits vollkommen und dauernd verschwunden. Die großen Zellen sind plump, walzenförmig oder unregelmäßig polygonal und zeigen ausnahmslos die wiederholt beschriebenen Degenerationszeichen in hohem Grade; grobe Granulierung, mangelhaft oder gar nicht abgegrenzter Kern, Vakuolenbildung finden sich nun an ihnen ganz regelmäßig, Fortsätze fehlen vollkommen.

Daneben treten die bereits oben beschriebenen kleinen Gliaelemente nun zunächst immer häufiger auf, in zwei voneinander wohl zu trennenden Formen: Deutlich erkennbare apolare Gliazellen und kleine Reste von zerfallenen Zellen. Die ersteren kennzeichnen sich durch einen schönen runden Kern mit feiner, gleichmäßiger Granula und einen schmalen Saum von Protoplasma, in welchem eine Granulierung nicht zu sehen ist; solche Formen sind jedoch gegenüber den Degenerationsprodukten weitaus in der Minderzahl.

Die Reste von zerfallenen Gliazellen sind nur an ihrer Färbung zu erkennen, morphologisch bieten sie kaum einen Anhaltspunkt zu ihrer Identifizierung. Sie erscheinen als verschieden große dunkelrot gefärbte Körperchen, meist kleiner, seltener etwas größer als die apolaren Zellen. Ihre Gestalt ist unregelmäßig, rundliche, polygonale, eckige, kommaförmige Figuren kommen in buntem Wechsel vor. Eine Granulierung dieser Gebilde ist deutlich erkennbar; sie ist bald gröber, bald feiner und liegt immer sehr dicht. Manchmal ist ein Rest von Protoplasma an diesen Körpern zu sehen, der unregelmäßig und oft unscharf konturiert erscheint; manchmal trägt der Protoplasmarest noch ein paar schwarz gefärbte Granula an irgend einer Stelle; in der Mehrzahl jedoch erscheint er homogen und auffallend schwärzlich gefärbt; Vakuolenbildung ist häufig. Oft liegen solche Gliazellreste erhaltenen freien Gliafasern dicht an.

In den eben beschriebenen Körperchen dürften mit Recht Reste von Gliakernen vermutet werden, deren Protoplasma teilweise oder ganz zugrunde gegangen ist. Eine Entscheidung, von welchen Zelltypen solche Reste stammen, kann natürlich nicht mehr getroffen werden.

Die faserigen Bestandteile der Neuroglia zeigen verschiedenes Verhalten: In vielen Präparaten finden sich auf weite Strecken nur sehr spärlich gefärbte Gliafasern, meist in der Nähe von Blutgefäßen, kaum im gefäßlosen

Gewebe. Solche Fasern zeigen Degenerationserscheinungen, starke Schlängelung, unregelmäßige Verdickungen und Auftreibungen, wie schon oben beschrieben. Sie lassen sich nur auf verhältnismäßig kurze Strecken hin verfolgen.

Andererseits läßt sich feststellen, daß in älteren Prolapsen neben Degeneration Hypertrophie der faserigen Neuroglia stattgefunden hat. Denn es finden sich neben faserarmen Strecken auch solche, in denen ein dichtestes Netz von Gliafasern liegt, ohne daß dort noch zellige Elemente nachweisbar wären.

Diese Fasern sind oft recht derb, vielfach verzweigt und anastomosierend wie ein Astwerk. Sie stehen in deutlicher Beziehung zu den Blutgefäßen, indem sie einerseits gerade in der Nähe von solchen besonders dicht liegen, andererseits oft massenhaft Gefäßfüßchen bilden. Bei dem Mangel an Zellen zeigt ein solches Blutgefäß dann oft ein Aussehen, das an das von Stachelwürmern erinnert.

Knötchenbildungen und unregelmäßige Auftreibungen an solchen hypertrophischen Gliafasern beweisen, daß mit der Hypertrophie auch die Degeneration Hand in Hand geht.

In diesem Stadium der Hirnprolapse finden sich neben den beschriebenen Verhältnissen der Neuroglia bereits weite Strecken, in denen gliöse Elemente überhaupt nicht mehr nachweisbar sind; anderseits hat sich im Verlauf der Färbeversuche ergeben, daß mit zunehmendem Alter des Prozesses die Färbbarkeit der noch erhaltenen Neurogliareste immer mehr abnimmt. Während Cajal 4—8 Stunden als Färbedauer angibt, und sich dies bei Erstprolapsen auch vollkommen richtig erwies, mußte ich an den ältesten Prolapsen bis zu 22 Stunden färben, um die Neurogliareste zur Darstellung bringen zu können. Diese Tatsache darf mit als Degenerationszeichen der in Rede stehenden Gewebsart bewertet werden.

Am längsten von allen Bestandteilen der Neuroglia leistet nach meinen Präparaten die Membrana gliae perivascularis dem allgemeinen Gliatod Widerstand. Schon oben wurde gesagt, daß diese Grenzhaut häufig hypertrophisch gefunden wird, zu Zeiten, in denen sich an den übrigen gliösen Elementen bereits weitgehende Degenerationszeichen bemerkbar machen. Weiterhin ist diese Membran in Präparaten, in welchen kaum mehr Reste von Gliazellen vorhanden sind, oft noch deutlich als schmälerer oder breiterer, oft unregelmäßig dicker granulierter Saum zu erkennen, wie dies ja auch Schaffer für den Gliatod beschrieben hat. Endlich sind Gefäßfüßchen an den Blutgefäßen oft noch zahlreich zu finden, wenn Gliazellen nirgends mehr nachgewiesen werden können und nur mehr die resistenteren Gliafasern erhalten sind.

Die im Vorigen beschriebenen Beziehungen der Neuroglia zu den Blutgefäßen bei schweren entzündlichen Veränderungen, wie sie die vorliegenden histologischen Untersuchungen ergeben haben, erscheinen geeignet, weitere Tatsachen zur Lehre von dem Verhältnis der Neuroglia zu den Blutgefäßen überhaupt zu erbringen. Des langen Erhaltenbleibens von Gliazellen nur in der unmittelbaren Nähe von Blutgefäßchen wurde bereits oben gedacht und diese Erscheinung als durch die bessere Ernährungsmöglichkeit gerade dieser Zellen bedingt aufgefaßt. Die oft massigen Faseranhäufungen um Blutgefäße, das lange Erhaltenbleiben der Membrana gliae perivascularis dürfte wohl ebenfalls dahin zu deuten sein, daß diese Gebilde durch den von den Blutgefäßen

ausgehenden Saftstrom dem allgemeinen Untergang länger entzogen werden können, als weiter abliegende Elemente gleichen Charakters.

5. Fischer-Herxheimersche Fett-Reaktion. (Tafel 12—14.)

Es konnte nicht Sache der vorliegenden Untersuchungen sein, die sämtlichen morphologischen Eigenschaften jener zelligen Elemente bei den im sekundären Hirnprolaps ablaufenden pathologischen Prozessen zu studieren, welche nach Merzbachers (101) grundlegenden Darstellungen als Abräumzellen bezeichnet werden.

Merzbacher hat in überzeugender Weise auf experimentellem Wege dargetan, daß bei entzündlichen und degenerativen Prozessen im Zentralnervensystem massenhaft pathologische Zellformen auftreten, denen die biologische Aufgabe zufällt, die Abbauprodukte aufzunehmen und abzutransportieren. Er hat sowohl ihre Morphologie als auch ihre Genese und ihr weiteres Schicksal in ausführlichster Weise mit verschiedenen Färbemethoden untersucht und unterscheidet dreierlei Mutterstätten der Abräumzellen:

1. Mesodermale Zellzüge, welche von den weichen Hirnhäuten her in den Herd eindringen,

2. die Blutgefäße,

3. die Gliazellen; besonders die aus letzteren Elementen entstehenden Abräumzellen scheidet er in aktive, bewegliche und fakultative, fixe Abräumzellen.

Als morphologische Hauptmerkmale werden Bildung von Maschen, Kammern und Gitterwerk im Protoplasma des Zelleibes und das Vorhandensein von verschiedenen Einschlüssen in diesen Gebilden angeführt; am häufigsten bestehen diese Einschlüsse aus Lipoidsubstanz und sind deshalb mit Osmium- oder Scharlachfärbung (diese Methode) gut darstellbar.

Auch die sogenannte Körnchenzelle wird von Merzbacher mit Recht nur als ein bestimmter Typus der Abräumzellen aufgefaßt.

Mit zunehmendem Alter der in Rede stehenden Prozesse (nach Merzbacher älter als 3 Wochen) nehmen die Abräumzellen an Größe und häufig an Zahl zu; ihre Gestalt, die ursprünglich noch gewisse Charakteristika der Mutterzellen trug, nähert sich immer mehr der Kugelform. Es beginnen sich regressive Veränderungen einzustellen. Das in ihnen enthaltene Maschenwerk wird gröber, die Hohlräume zwischen den Maschen größer; damit fließen besonders die fettigen Einschlüsse, die zuerst nur in Form von kleinsten Tröpfchen vorhanden waren, zu größeren Tropfen und Kugeln zusammen. Der Kern (bei der in Rede stehenden Methode mit Hämatoxylin blau gefärbt) rückt immer mehr an die Peripherie der Zelle und scheint derselben schließlich aufzusitzen.

Derartige große ältere Abräumzellen treten oft gehäuft auf und können so dicht liegen, daß sie sich gegenseitig abplatten und so das Bild eines Epithels imitieren; in diesem Stadium sind sie nach Merzbacher als identisch mit den sogenannten epitheloiden Zellen anderer Autoren anzusehen.

So verlockend es auch schien, die Merzbacherschen experimentellen Feststellungen an dem vorliegenden pathologischen Material nachzuprüfen, so mußte darauf doch mit Rücksicht auf den Grundgedanken dieser Arbeit verzichtet werden. Es konnte hier lediglich darauf ankommen, zwei Fragen

zu untersuchen, nämlich: 1. inwieweit Abräumzellen in den untersuchten Geweben überhaupt vorkommen und an ihrem Aufbau teilnehmen und 2. welche Aufschlüsse über das vermutliche Alter der pathologischen Prozesse in den Prolapsen aus den morphologischen Eigenschaften der Abräumzellen zu gewinnen sind.

Zur Beantwortung dieser beiden Fragen erschien es überflüssig, sämtliche von Merzbacher angewandten Färbemethoden zu wiederholen; es genügte hierzu nach seinen Untersuchungen die Fischer-Herxheimersche Fettreaktion mit Hämatoxylinnachfärbung, welche auch an dem gesamten Materiale zur Durchführung gelangte.

a) Hirnprolapse am Orte der durch direkte Schußverletzung erfolgten Hirnzertrümmerung.

In Präparaten von Erstprolapsen finden sich lipoidhaltige Abräumzellen verhältnismäßig spärlich im Gewebe. Dagegen liegen sie oft recht dicht in unmittelbarer Umgebung von Blutgefäßen, so daß dieselben häufig als Zentrum einer dichten Ansammlung von Abräumzellen imponieren. Im übrigen Gewebe kommen in diesem Stadium Abräumzellen mehr vereinzelt vor, streckenweise fehlen sie ganz, insbesondere in Gebieten, in welchen größere Diapedesen oder Blutungen aus zerrissenen Gefäßen vorhanden sind.

Die Zellen sind gegenüber denselben Elementen von älteren Prozessen dieser Art klein; nur vereinzelt finden sich auch größere Formen. Ihre Gestalt ist meist unregelmäßig rundlich, mit verschieden großen und verschieden geformten Ecken und Zacken; daneben finden sich viele unregelmäßig polygonale und auch einzelne walzenförmige Formen, welch letztere nach Merzbacher häufig als gliogene Abräumzellen anzusehen sind.

Die Kerne der ausgebildeten Abräumzellen sind klein, rund und liegen meist etwas exzentrisch; es kommen auch einzelne Zellen mit zwei, selbst drei kleinen Kernen vor.

Die lipoiden Einschlüsse sind in diesem Stadium in den Abräumzellen zum größten Teil in Form von feinsten einzelnen Tröpfchen enthalten, welche bald regelmäßig über den ganzen Zelleib verteilt sind, bald nur ein gewisses verschieden großes Areal desselben einnehmen. Nur in vereinzelten größeren runden Abräumzellen finden sich auch kompaktere Fetteinschlüsse in Form von größeren Tropfen. Daneben liegen feinste Lipoidtröpfchen allenthalben frei im Gewebe ohne ersichtlichen Zusammenhang mit zelligen Elementen.

Eine Sonderstellung gegenüber solchen bereits in voller Funktion befindlichen, wenn auch jugendlichen Abräumzellen nehmen einzelne Zellen der Blutgefäßwände ein. Es finden sich nämlich an größeren Blutgefäßen Endothel- und Adventitiazellen, in deren Protoplasmaleib ein einziges kleines Lipoidtröpfchen eingeschlossen erscheint; solche Zellen stehen noch fest in ihrem ursprünglichen Gewebsverband in der Blutgefäßwandung und weisen im übrigen keine morphologischen Unterschiede gegenüber anderen gleichartigen Zellen auf, die kein Lipoid enthalten. Es handelt sich hier nach den Merzbacherschen Untersuchungen offenbar um Initialstadien der Umwandlung von Gefäßzellen in Abräumzellen.

In Präparaten aus Prolapsen, welche nach der ersten Abtragung wiedergewachsen und 1—3 Tage nach der ersten Exzision abgetragen wurden, weisen die lipoidhaltigen Abräumzellen gegenüber den eben beschriebenen Formen bereits Veränderungen der Gestalt und Häufigkeit auf. Sie liegen streckenweise dicht nebeneinander im Gewebe, ohne sich jedoch zu berühren. Der Zusammenhang von Abräumzellhaufen mit Blutgefäßen ist nicht mehr deutlich, da auch im Gewebe verstreut solche Anhäufungen vorkommen, besonders häufig zugleich mit streckenweise auftretenden jungen mesodermalen Zellen.

Nunmehr finden sich unter den in Rede stehenden Zellen in der Mehrzahl große runde oder polygonale Formen, welche einen bis drei verschieden große Kerne, häufig wandständig, enthalten. Die lipoiden Einschlüsse zeigen schon häufig die Form von größeren Tropfen und Kugeln, ein Hinweis auf bereits vorhandene Grobmaschigkeit des Zellgerüstes und damit auf höheres Alter der Zellen.

Als Nebenbefund zeigen sich in solchen Präparaten die Wände von jungen Blutgefäßen häufig stark fetthaltig; die Lipoidsubstanz ist in der ganzen Gefäßwand durchgängig in Form feinster Tröpfchen gelagert, so daß dieselbe wie feinst rot bestäubt aussieht. Dieser Befund dürfte als beginnende fettige Degeneration anzusehen sein und steht im Einklang mit der bereits oben berichteten Feststellung, daß in wiedergewachsenen Prolapsen häufig Degenerationserscheinungen an den zahlreich neugebildeten Blutgefäßen auftreten.

Solche feinste Fetttröpfchen in Form feinster Bestäubung finden sich hier vielfach auch frei im Gewebe.

In noch um 1—2 Tage älteren Prolapsen liegen große kugelige Abräumzellen stellenweise bereits so dicht, daß sie sich aneinander abplatten und damit nach Merzbacher als identisch mit den sonst als epitheloid bezeichneten Zellen anzusehen sind. Die Lipoidsubstanz ist bei diesen Formen ganz gleichmäßig über den ganzen Zelleib verteilt, so daß dieser wie grob rot granuliert aussieht. Der Kern solcher Zellen ist immer wandständig und scheint vielfach der Zelle förmlich aufzusitzen. Mesodermale Zellzüge nehmen hier größere Gebiete der Präparate ein; auch sie tragen in diesem Stadium vielfach Lipoidsubstanz, sind also ihrer biologischen Funktion nach als Abräumzellen anzusehen. Das Fett ist in ihnen in Form feinster Tröpfchen enthalten, welche im spindelförmigen Zelleib entweder mehr vereinzelt oder in kleinen Häufchen liegen. Zwischen solchen mesodermalen Abräumzellen finden sich wieder große runde ältere Formen mit kompaktem Fettgehalt und wandständigem Kern.

In nekrotisierenden Teilen der untersuchten Gewebe, welche durch schlechte Färbbarkeit der Zellkerne mit Hämatoxylin und gehäuftes Vorkommen von Kerntrümmern auffallen, finden sich neben reichlichsten freien Fetttröpfchen im Gewebe regressiv veränderte Abräumzellen; in solchen ist der Kern nur mehr ganz blaßbläulich oder überhaupt nicht mehr gefärbt; die Zellen selbst sind viel kleiner als die eben beschriebenen Kugelformen. Die Lagerung der lipoiden Substanz in ihnen und in der unmittelbaren Umgebung erweckt den Eindruck, als würde das Fett teilweise wieder aus der Zelle freigeworden sein, indem in unmittelbarer Nähe der Zelle Häufchen von Fett-

tröpfchen liegen, die teilweise auch noch mit dem in der Zelle enthaltenen Fett zusammenhängen.

Die fettige Degeneration der Wände einzelner Blutgefäße ist in diesem Stadium vorgeschrittener, indem die lipoide Infiltration der Gefäßwand kompakter und von größerer Ausdehnung ist.

In dem ältesten untersuchten Prolaps endlich, welcher 24 Tage nach der ersten Exzision abgetragen worden war, findet sich eine gleichmäßig dichte Lagerung der Abräumzellen im ganzen Präparat und tragen etwa die Hälfte aller überhaupt vorhandenen Zellen lipoide Substanz. Sie sind kugelig oder polygonal mit wandständigen Kernen und mit kompakten Fettmassen beladen; daneben erscheinen Formen, welche nach ihrer spindeligen Gestalt als mesodermale Zellen angesprochen werden dürfen, jedoch hier ebenfalls dicht mit Fett beladen sind. Endlich finden sich, mehr vereinzelt, große polygonale Zellen mit förmlich aufsitzendem Kern, welche ungefähr in der Mitte der Zelle eine nur blaßblau gefärbte, gegenüber dem fettbeladenen peripheren Zellteil unscharf begrenzte Stelle aufweisen; auch hierin haben wir nach Merzbacher sehr alte, zum Teil regressiv veränderte Abräumzellen zu sehen.

Auch in den Blutgefäßwänden liegen in diesem Stadium ausgebildete Abräumzellen oft ziemlich dicht, jedoch immer nur in der äußeren Wandschicht. Ob es sich hier um von außen eingewanderte Abräumzellen handelt, welche nach Merzbachers Ansicht ihre Fettlast in die Gefäße zu entleeren hätten, oder um umgewandelte Adventitiazellen, läßt sich nicht entscheiden; beide Annahmen sind möglich.

b) Hirnprolaps nach aseptischer Trepanation über lokal gesundem Gehirn.

Im Erstprolaps, welcher von einer aseptischen Operation über lokal gesundem Gehirn stammt, sind mittels der Fischer-Herxheimer'schen Fettreaktion ebenfalls massenhaft Abräumzellen darstellbar. Sie liegen hier in dem gefäßreichen Prolapsgewebe in ganz charakteristischer Anordnung: In den Maschen des Gewebes, welche von den kreuz und quer verlaufenden Blutgefäßen gebildet werden, finden sich Haufen von lipoidhaltigen Zellen; dieselben liegen meist so dicht, daß sie sich aneinander abplatten, sind also nach Merzbacher als sogenannte epitheloide Zellen anzusehen.

Meist füllen sie die Gewebslücken zwischen den Blutgefäßen vollständig aus, so daß gesagt werden darf, daß das Prolapsgewebe in diesem Stadium überwiegend aus Blutgefäßen mit deren zelligen Elementen und aus Abräumzellen besteht.

Die vorhandenen Abräumzellen unterscheiden sich morphologisch vielfach voneinander. Vorherrschend sind große kugelige oder rundlich polygonale Formen vertreten, welche dicht mit Fett beladen sind und meist einen, selten zwei wandständige Kerne besitzen, also ältere Formen darstellen. Daneben finden sich aber auch zahlreiche jüngere Zellelemente dieser Art; dieselben sind ebenfalls meist rundlich, aber viel kleiner als die eben besprochenen älteren Formen. Die Kerne liegen mehr zentral und nehmen oft einen Großteil der relativ kleinen Zellen ein, so daß um sie nur ein schmaler Saum von Protoplasma und Lipoid zu erkennen ist. Die Fettsubstanz ist in diesen Formen nicht in kompakten Kugeln, sondern in kleinen Tröpfchen verteilt enthalten, so daß

auf ein feines Retikulum im Zelleib geschlossen werden darf, wie es eben in jugendlichen Zellen vorkommt.

Mehr vereinzelt finden sich weiterhin noch große Abräumzellen, welche regressive Veränderungen aufweisen; es sind dies riesige runde oder polygonale Zellen mit kompaktem Fettinhalt, deren Kerne sich nur schwer mit Hämatoxylin färben und unregelmäßige, oft unscharfe und eckige Form zeigen.

In dem wiedergewachsenen Prolaps von demselben Fall sind die Abräumzellen recht unregelmäßig verteilt. Im neugebildeten derben Bindegewebe finden sich gar keine lipoidhaltigen Zellen. Dagegen liegen in einem noch etwas gefäßreichen Teil der Präparate gehäufte Abräumzellen zwischen den Gefäßen, noch viel dichter gelagert als im Erstprolaps, so, daß die Gefäßmaschen einfach vollgepfropft erscheinen mit solchen Elementen.

Die Abräumzellen sind fast durchwegs groß und kugelig und tragen das Fett in Form von großen Tropfen, welche oft die ganze Zelle als fast homogene rote Kugel erscheinen lassen. Daneben finden sich spärlich Zellen, welche das Fett in Form feinerer Tropfen enthalten.

Die Kerne sind, wo färbbar, klein, rund und wandständig oder sitzen dem Zellkörper auf. Weitaus die überwiegende Anzahl von Abräumzellen enthält aber keinen färbbaren Kern mehr, so daß die Zellen als kernlose rote Kugel erscheinen.

Die Homogenisierung des Fettinhaltes der Zellen, bedingt durch allmählichen Zerfall des ursprünglich feinmaschigen Gitterwerks, sowie der Verlust eines färbbaren Kernes sind nach Merzbacher als degenerative Alterserscheinungen der in Rede stehenden Zellen anzusehen. Neugebildete junge Abräumzellen finden sich in diesen Präparaten nicht; es dürfte berechtigt sein anzunehmen, daß mit dem Fortschreiten der narbigen bindegewebigen Organisation die biologische Aufgabe der Abräumzellen in Wegfall kommt; deshalb gehen die vorhandenen Zellen dieser Art allmählich zugrunde, ohne daß eine Neubildung solcher Elemente stattfindet.

In dem 7 Tage nach dem eben beschriebenen Prolaps neuerlich aufgetretenen Prolaps wurden mittels der Hämatoxylin-Eosinfärbung (s. S. 49) akut entzündliche Veränderungen festgestellt. Dementsprechend sind bei diesem Prozeß Zerfallsprodukte und das neuerliche Auftreten von Zellen, welche den Abtransport derselben zu übernehmen haben, zu erwarten.

Es findet sich in den entsprechenden Präparaten tatsächlich viel Lipoid in Form feiner und feinster Tröpfchen frei im Gewebe. Außerdem sind aber auch wieder zahlreiche lipoidhaltige Zellen vorhanden, welche die Charaktere von jugendlichen Abräumzellen tragen; dieselben sind klein, rundlich oder polygonal, auch mit Fortsätzen versehene Formen kommen vor. Die Kerne sind zentral gelegen und gut gefärbt. Das Fett ist in Form von feinsten Tröpfchen in den Zellen enthalten, nirgends finden sich ältere Formen mit kompakteren Lipoidmassen.

Die Verteilung der Abräumzellen im Gewebe entspricht der in jenen Erstprolapsen, welche akut entzündliche Veränderungen aufweisen: Abräumzellen kommen allenthalben im Gewebe verstreut vor, um die Blutgefäße treten sie mehr gehäuft auf.

D. Zusammenfassung der histologischen Befunde.

Aus den im vorigen berichteten Ergebnissen der verschiedenen bei der Untersuchung der Hirnprolapse in Anwendung gekommenen Färbemethoden ließen sich folgende Gesichtspunkte gewinnen:

Im **Hirnprolaps nach infektiösen Hirnwunden** beherrschen **akuteste enzephalitische Erscheinungen** das Bild, wie sie Friedmann in seinen Tierexperimenten bei der akuten infektiösen Enzephalitis gefunden hat.

Bei Erstprolapsen, welche nach traumatischer Hirnzertrümmerung durch Schußverletzung entstanden sind, stehen im Vordergrunde akut entzündliche Erscheinungen, welche sich der Hauptsache nach durch Infiltration des perivaskulären Gewebes mit weißen Blutelementen kennzeichnen. Insbesondere findet dieser Vorgang auch in der Pia und den von ihr aus in das Gehirn strebenden Gefäße statt. Zur selben Zeit setzt eine rapide Neubildung von Blutgefäßen ein, deren Wandungen in der Folge teils progressive, teils regressive Veränderungen eingehen. Wie bei jeder akuten Enzephalitis treten auch hier oft ausgedehnte Blutungen durch Diapedese oder Gefäßzerreißung in Erscheinung.

Sehr bald erstreckt sich der Entzündungsvorgang weiterhin in das Gewebe und verliert mehr weniger seinen deutlichen Zusammenhang mit den ursprünglich vorhandenen oder neugebildeten Blutgefäßen.

Es bilden sich Herdchen von polynukleären Leukozyten, die bald der Nekrose anheimfallen.

Auffallend gering scheint der Anteil ödematöser Bildungen an dem beim Hirnprolaps ablaufenden pathologischen Prozeß zu sein, da sich ödematöse Stellen nur in kleiner Anzahl und geringer Ausdehnung unregelmäßig verteilt im Gewebe vorfinden.

Die spärlichen noch vorhandenen Ganglienzellen zeigen weitgehende Degenerationserscheinungen schon bei Anwendung der Hämatoxylin-Eosin-Färbung. Ebenso zeigen sich die Achsenzylinder weitgehend degeneriert, während die Markscheiden länger dem Zerfall zu widerstehen vermögen. Die Gliafärbung ergibt in diesem Stadium eine Vermehrung und Vergrößerung der protoplasmatischen Gliaelemente, jedoch finden sich neben Zeichen der Hypertrophie auch solche beginnenden und fortgeschrittenen Verfalles. In weiten Strecken des in Rede stehenden Gewebes fehlen gliöse Elemente überhaupt.

Gleichzeitig mit Erscheinungen entzündlichen Gewebszerfalles setzt auch das Auftreten von Zellformen ein, welche der biologischen Aufgabe des Abtransportes von pathologischen Zerfallsprodukten dienen.

Es treten zunächst spärlich gekörnte Abräumzellen auf, deren Bildung aus mesodermalen und ektodermalen Zellelementen sich oft deutlich verfolgen läßt. Besonders von den mesodermalen Zellen der Blutgefäße scheint eine reichlichste Aussaat von Abräumzellen auszugehen, da in den Erstprolapsen junge derartige Zellen sich überwiegend und oft gehäuft nur in unmittelbarer Umgebung der Gefäße vorfinden.

In späteren Stadien des in Rede stehenden pathologischen Vorganges, etwa vom 7. Tage an, steigert sich nach den histologischen Bildern die Tätig-

keit der Abräumzellen wesentlich. Sie finden sich in immer größerer Anzahl, oft in dichten Haufen gelagert und häufig mit mehreren Kernen versehen. Auch sind sie nunmehr aus der unmittelbaren Umgebung der Blutgefäße weithin ins Gewebe gewandert und lassen keinen räumlichen Zusammenhang mit diesen mehr erkennen.

Die Erscheinungen akutester entzündlicher Zellinfiltrationen von den Gefäßen aus beginnen zu dieser Zeit bereits geringer zu werden, dagegen setzt nunmehr die Neubildung von Bindegewebe zunächst in den Wänden größerer Blutgefäße ein und erstreckt sich von dort aus manchmal bereits eine Strecke weit in das perivaskuläre Gewebe. Zahlreiche Gefäße trombosieren und es beginnt stellenweise die Organisation der Thromben.

Vom 10. Tage an etwa wird die Tätigkeit der Abräumzellen mit dem fortschreitenden Geringerwerden der Entzündungserscheinungen immer mehr reduziert, die meisten vorhandenen Abräumzellen liegen in dichten Haufen, sich aneinander abplattend, sind also vorwiegend dem epitheloiden Typus zuzurechnen. Die einzelnen Zellelemente dieser Art beginnen Alterserscheinungen in Form von besonderer Größe, großen kugeligen Fetteinschlüssen und wandständiger Lagerung des Kernes aufzuweisen.

Sehr häufig finden sich nunmehr junge Spindelzellen im Gewebe und es lassen sich mit Säurefuchsin auch derbere junge Bindegewebszüge frei im Gewebe nachweisen. Die bindegewebige Verdickung der Blutgefäßwandungen schreitet fort und in Gefäßthromben treten Bindegewebsfasern auf.

Die Markscheidenreste werden während dieser Zeit immer spärlicher und zeigen immer hochgradigere Degenerationserscheinungen, bis schließlich mit der Weigertfärbung nur mehr vereinzelte bläuliche Krümel bei starker Vergrößerung nachweisbar sind.

Ganglienzellen und Achsenzylinder sind vom 7. Tage des in Rede stehenden Prozesses an und weiterhin überhaupt nicht mehr nachweisbar.

Fortschreitende Degeneration zeigen auch die protoplasmatischen Gliaelemente, welche anfänglich in einzelnen Präparaten vielleicht einen Ansatz zur Vermehrung und Wucherung gezeigt hatten, indem stellenweise gehäuft Riesenastrozyten aufgetreten waren.

Vom 7. Tage an verschwinden solche Zellen vollkommen, dafür finden sich kleine Spinnenzellen mit derben Fortsätzen und vielfach degenerativ verändertem Kern. Daneben lassen sich zu dieser Zeit jedoch auch schon fortgeschrittene Entartungsformen als walzen- oder wurstförmige, fortsatzarme, auch amöbenähnliche Zellen nachweisen. Unregelmäßige grobe Granulierung, fleckenweise Homogenisierung der Granula, Vakuolenbildung finden sich in diesen Zellen als weitere Degenerationszeichen häufig. Außerdem fehlen in weiten Strecken der bezüglichen Präparate färbbare Gliaelemente überhaupt.

Der Gliazerfall schreitet mit zunehmendem Alter des pathologischen Prozesses unaufhaltsam vorwärts und protoplasmatische Gliaelemente lassen sich immer seltener nachweisen. Am längsten erhalten sich in der unmittelbaren Umgebung der Blutgefäße Gliazellen, wenn auch im einzelnen weitgehend entartet.

Wesentlich resistenter als die protoplasmatische Glia erweisen sich vielfach die Gliafasern und die Membrana gliae perivascularis; zum Teil kommt es sogar zu hypertrophischen Bildungen der faserigen Glia und der gliösen Gefäßgrenzhaut. Aber auch diese Gebilde weisen bald Entartungszeichen in Form von unregelmäßigem Verlaufe, Auftreibungen und Verdickungen und blasigen Bildungen auf. Weiterhin darf die immer geringergradige Färbbarkeit auch der faserigen Elemente mit als Entartungszeichen bewertet werden.

Dagegen ergibt die Untersuchung des **Erstprolapses** 12 Tage **nach aseptischer Operation über lokal gesundem Gehirn**, daß hier das **Endstadium einer aseptischen Hirnentzündung** vorliegt, so wie es Friedmann bei seinen Experimenten über die Ätzenzephalitis stattgefunden hat.

Dasselbe charakterisiert sich durch massenhafteste Gefäßneubildung und besteht aus einem sukkulenten Gewebe, welches massenhaft Blutgefäße enthält und sehr zellreich ist.

Entzündliche Erscheinungen sind nicht mehr nachweisbar. Das pathologische Gewebe grenzt sich gegen das darunterliegende Gehirngewebe ziemlich scharf ab, wenn sich auch einzelne Inseln und Zapfen in dasselbe erstrecken. Nervöse Elemente sind in diesem Gewebe nicht mehr vorhanden, außerhalb der Gefäße finden sich nahezu nur Abräumzellen in lebhaftester Tätigkeit, zum geringen Teil auch schon regressiv verändert.

Das unter dem pathologischen Gewebe liegende Gehirn läßt histologische Merkmale dafür erkennen, daß es an dem Krankheitsvorgange nicht unbeteiligt geblieben ist. Progressive und regressive Veränderungen an den Blutgefäßen, vereinzelt Auswanderung von Leukozyten, zum Teil weit vorgeschrittene schollige Degeneration der spärlich nachweisbaren Ganglienzellen, Übergangsbilder von Glia- zu gekörnten Abräumzellen lassen auf die Beteiligung des unterliegenden Gehirnes an dem pathologischen Prozesse schließen.

In dem 13 Tage später abgetragenen, an derselben Stelle neuerlich gewachsenen Prolaps ist dagegen eine fast vollendete **bindegewebige Organisation** zu erkennen. Er besteht nahezu ausschließlich aus derben Bindegewebszügen, zum Teil schon älteren Datums. Einzelne Gefäße mit fibrös verdickter Wandung und Resten von Leukozytenevasion weisen darauf hin, daß die vorhandene bindegewebige Organisation einer vorher abgelaufenen Entzündung ihre Entstehung verdankt. Außerdem finden sich auch hier massenhaft epitheloid gelagerte Abräumzellen in unmittelbarer Umgebung der Blutgefäße. Sie sind durchwegs groß, kugelig, enthalten die Fetteinschlüsse in Form von großen Fettkugeln und besitzen kleine runde, wandständige oder aufsitzende Kerne. Diese Zellen dürfen also nach Merzbachers Untersuchungen als über 3 Wochen alt angesprochen werden.

In dem 6 Tage älteren neuerlich gewachsenen Prolaps finden sich die Gefäße in **akutem entzündlichem Reizzustand**, es zeigt sich stürmische Auswanderung von Leukozyten, sowie reichliche Diapedesen und Blutungen. Die dem Prolaps aufliegende Pia nimmt in der schon oben beschriebenen Weise an dem entzündlichen Vorgange teil.

Die hier nachweisbaren Abräumzellen sind durchwegs als jugendlich anzusprechen, sie sind klein, besitzen einen polygonalen gegitterten Zelleib,

einen kleinen zentralgelagerten gut gefärbten Kern und enthalten das Lipoid in Form feinster Tröpfchen. Sie liegen, so wie dies beim infektiösen Erstprolaps beschrieben worden ist, nahezu ausschließlich gehäuft in der unmittelbaren Umgebung von entzündlich gereizten Blutgefäßen.

IV. Ergebnisse der eigenen Untersuchungen.

Die Untersuchungen der sekundären Hirnprolapse an Schußverletzungen des Gehirns haben ergeben, daß bereits in den Erstprolapsen nach solchen Hirnwunden eine ausgebreitete akuteste hämorrhagische Enzephalitis in der in Rede stehenden pathologischen Bildung besteht, welche im Verlaufe des weiteren oder neuerlichen Wachstums des Prolapses wie jede Enzephalitis zunächst fortschreitenden Charakter zeigt und schließlich zu sekundärer Bindegewebsorganisation führt.

Der letztere Vorgang konnte wegen Mangel an geeignetem Material nur in seinem Beginn festgestellt und bei den Prolapsen an Schußverletzungen nicht bis in seine Endstadien verfolgt werden.

Während die dem entzündlichen Prozeß zugehörigen zelligen und anderweitigen Gewebselemente mit dem zunehmenden Alter des Hirnprolapses eine immer größere Ausbreitung in demselben annehmen, gehen die dem Nervensystem zugehörigen Gewebselemente, besonders auch die Neuroglia, sehr rasch zugrunde.

Es kann also der Neuroglia ein Anteil an dem oft beobachteten weiteren Wachstum des Prolapses keinesfalls zugesprochen werden.

Es erhebt sich daher die Frage, welche Rolle beim Zustandekommen des infektiösen Hirnprolapses den ablaufenden enzephalitischen Veränderungen zuzusprechen sein wird.

Wie aus der Literatur ersichtlich ist, sind entzündliche Veränderungen bereits von verschiedenen Autoren in dieser Hinsicht angeschuldigt worden.

Bruns, Lebeau, Reinking betrachten entzündliche und exsudative Prozesse als Ursache einer fortdauernden Hirndruckerhöhung, welche zu einer Verdrängung von Gehirnsubstanz aus dem Schädelkavum führen soll. Sie äußern sich nicht darüber, an welchem Orte des Gehirns sich diese Veränderungen abspielen. Chipault, Eschweiler und Cords sprechen von Entzündung jenes Hirnteiles, welcher direkt unter der Schädellücke liegt.

Reinking u. a. weist darauf hin, daß entzündliches Ödem im Prolaps selbst dessen Vergrößerung mitbedinge, er meint aber auch, daß eine solche Vergrößerung teilweise durch Wucherung der Neuroglia verursacht werde.

Pathologisch-histologische Untersuchungen, welche ausführliche Belege für die eben angeführten Anschauungen geben, sind in der Literatur jedoch nicht vorfindlich.

In der vorliegenden Arbeit wurden zunächst sekundäre Erstprolapse nach Gehirnschüssen untersucht, bei welchen 4—6 Tage zwischen der operativen Wundtoilette und dem Auftreten des Hirnprolapses verstrichen waren. Sofort oder in längstens 3 Tagen nach der ersten Beobachtung des Prolapses wurde die operative Verkleinerung oder Abtragung vorgenommen.

Es waren also bei den untersuchten Hirnvorfällen keinesfalls mehr als 4 Tage zwischen dem ersten Auftreten und der operativen Abtragung des histologischen Materials verstrichen.

Zu dieser Zeit (also in den ersten vier Tagen) fanden sich bereits sehr weitgehende entzündliche Veränderungen, insbesondere massenhaft neugebildete Blutgefäße.

Vom 7. Tage des in Rede stehenden Prozesses an setzt bereits die Bindegewebsneubildung ein, indem einerseits von Blutgefäßen aus junge Bindegewebszüge in das Gewebe entsendet werden, anderseits Spindelzellen auftreten.

Weiterhin, etwa vom 10. Tage ab, beginnen die massenhaft vorhandenen Abräumzellen bereits Alterserscheinungen aufzuweisen.

Ganglienzellen und Nervenfasern sind schon in den Erstprolapsen nur in ganz geringem Ausmaße mehr zu finden und auch dort, wo sie noch vorhanden sind, bereits mit weitgehenden Entartungserscheinungen versehen.

Aus diesen histologischen Befunden ergibt sich, daß in den Sekundärprolapsen nach Schußverletzungen des Gehirns das Gewebe sich im Zustande einer **Encephalitis haemorrhagica acuta** befindet; anderseits lassen die morphologischen Eigentümlichkeiten der einzelnen Formelemente des entzündeten Gewebes gewisse Schlüsse auf das Alter der nachgewiesenen enzephalitischen Veränderungen zu.

Nach Friedmann (106) gehen bei der eitrigen Enzephalitis vom 3. Tage ab Ganglienzellen und Nervenfasern zugrunde. Zur selben Zeit beginnt die Neubildung von Blutgefäßen. Vom 7.—12. Tage nach der Infektion ist der Entzündungsreiz bereits schwächer geworden. Die Blutgefäße extravasieren nicht mehr so massenhaft weiße Blutelemente und es beginnen sich jetzt überall junge Spindelzellen zu zeigen.

Da in dem vorliegenden Material sich bereits vom 4. Tage an weitgehender Zerfall der Ganglienzellen und Nervenfasern und massenhaft neugebildete Blutgefäße von zum Teil größerem Kaliber vorfinden, wird geschlossen werden dürfen, daß der entzündliche Vorgang, welcher im erstmaligen sekundären Prolaps festgestellt wurde, nicht jünger ist als eben 4—6 Tage.

In 7—10 Tage alten Hirnprolapsen finden sich bereits junge Spindelzellen.

Dies läßt nach Friedmanns Experimenten ebenfalls den Schluß zu, daß der ablaufende Entzündungsprozeß etwa ebenso alt ist.

Es erscheint mit diesen Feststellungen zunächst der Beweis erbracht, daß bei Hirnprolapsen nach Hirnschuß **die Entzündungsvorgänge im Prolaps nicht als sekundäre Veränderungen** in demselben **anzusprechen sind,** sondern daß sie bereits zu einer Zeit eingesetzt haben müssen, zu welcher ein Hirnvorfall noch nicht vorgelegen hat.

Diese Feststellungen treffen für alle drei in der vorliegenden Arbeit untersuchten infektiösen Hirnprolapse zu. Es ist nun eine altbekannte Tatsache, daß eine konstante Erscheinung bei entzündlichen Vorgängen die Schwellung des entzündeten Gewebes ist, welche in der Regel durch die entzündlich bedingten ödematösen und exsudativen Prozesse, durch die stets vorhandene

Vermehrung von zelligen Elementen außerhalb der Blutgefäße, sowie durch Neubildung von Blutgefäßen selbst hervorgerufen wird.

In dem untersuchten Material konnten ödematöse Gewebsteile nur in geringem Ausmaße vorgefunden werden. Die Größe ihrer Ausdehnung, sowie ihre Zahl ist eine vollkommen inkonstante und erreicht keine hohen Werte. Insbesondere konnte kein einziges Präparat gefunden werden, welches durchgängig die histologischen Merkmale des Ödems aufgewiesen hätte.

Dagegen erreicht die Neubildung von Blutgefäßen in dem vorliegenden Material vielfach sehr hohe Grade, sowohl in bezug auf Anzahl als auch auf Kalibergröße der neugebildeten Blutgefäße.

Weiterhin ist die Zellvermehrung im extravaskulären Gewebe eine außerordentlich hochgradige.

Während in einem pathologisch nicht veränderten Gehirn bei einer Vergrößerung von 620 × linear im Rindengebiete in einem Gesichtsfeld im Durchschnitt zwischen 22 und 48 Zellen gezählt wurden, fanden sich bei der gleichen Vergrößerung in Erstprolapsen als Durchschnittswerte 203, 197 Zellen, in einem 7 Tage alten 196, in einem 8 Tage alten 166 Zellen in einem Gesichtsfeld. Daß eine so gewaltige Vermehrung von zelligen Elementen an und für sich einen größeren Bruchteil der Volumvergrößerung zu erklären imstande ist, erscheint wohl ohne weiteres verständlich.

Bei eröffneter Schädelkapsel und Dura kann es nach den experimentellen Feststellungen Grasheys (vgl. Abschnitt II) zu einer eigentlichen Drucksteigerung in physikalischem Sinne auch bei lokaler Volumzunahme nicht kommen, wie dies oben ausführlich auseinandergesetzt wurde. Ein fortschreitender Volumzuwachs des Schädelinhaltes kann dann einerseits durch die erleichterte Abflußmöglichkeit von Blut und Liquor auf verschiedenen Wegen zum Teil kompensiert werden, anderseits ist durch die Schädelduralücke die Möglichkeit gegeben, daß Substanz nach außen hin ausweiche, wie dies beim primären Hirnvorfall ja tatsächlich häufig beobachtet wird.

Bei penetrierenden Schußverletzungen des Gehirnes kommt es nun nach Kochers (vgl. Abschnitt II) Feststellungen über den traumatischen Hirndruck zunächst gewiß zu einer hochgradigen Drucksteigerung im Endokranium, welche ja nach forensischen und Kriegserfahrungen so groß sein kann, daß ein großer Teil des Gehirnes im Augenblick des Schusses durch eine verhältnismäßig kleine Ausschußöffnung hinausgetrieben wird. Sehr bald nach der Verletzung jedoch muß sich der Hirndruck physikalisch genommen ausgleichen und es treten nun die von Grashey für den eröffneten Schädel festgestellten Druckverhältnisse ein. Wenn es nun erst einige Tage nach der Eröffnung des Schädels durch ein Projektil mit gleichzeitiger Verletzung des Gehirnes zu einem Hirnprolaps kommt, so kann hiefür die durch die Schußverletzung gesetzte Drucksteigerung nicht mehr verantwortlich gemacht werden, da sich ja längst das physikalische Druckgleichgewicht hergestellt hat. Ebensowenig kann zunächst von einer Volumvermehrung des Schädelinhaltes infolge der Verletzung bei vollkommen durchschlagenden Geschossen gesprochen werden, insbesondere auch nicht bei Tangentialschüssen, da ja durch das Fortreißen von Gewebsteilen an sich eine Volumverminderung erzeugt wird.

In den von mir untersuchten Fällen war es stets zur Hirnabszeßbildung nach Schußverletzung gekommen, ohne daß zunächst ein Hirnprolaps entstanden wäre. In jedem der drei in Rede stehenden Fälle wurde bei der

operativen Wundversorgung der Knochen um die Schußverletzung entfernt, die Dura gespalten, der Abszeß entleert und drainiert.

Trotz dieser neuerlich das Volumen des Schädelinhaltes vermindernden Operation bildete sich in jedem Falle ein sekundärer Prolaps, ohne daß eine Eiterretention in der Abszeßhöhle stattgefunden hätte, die als Ursache einer neuerlichen Volumvermehrung hätte angesprochen werden können.

In allen drei von diesen Fällen stammenden erstmaligen Sekundärprolapsen konnten nun, wie oben auseinandergesetzt, frische Entzündungsvorgänge festgestellt werden, deren histologische Merkmale den Schluß zulassen, daß sie vor dem Austreten von Gewebe aus der Duralücke oder mindestens gleichzeitig mit diesem Vorgange eingesetzt haben.

Bei dem Fehlen jeder anderen Erklärungsmöglichkeit für eine das Vortreiben von Gewebe durch die Duralücke verursachende Volumzunahme ist daher der Schluß berechtigt, daß die entzündliche Schwellung des Gewebes selbst es ist, welche zur Volumvermehrung geführt hat. Es erscheint ohne weiteres verständlich, daß eine solche Schwellung zur Ausdehnung des betroffenen Gewebes nach der Stelle des geringsten Widerstandes führen muß, d. h. in diesem Falle, daß entzündlich geschwollenes Gewebe aus der Schädelduralücke nach außen hin austritt und so einen sogenannten Prolaps bildet.

Mit der eben entwickelten Auffassung sind auch weitere Erscheinungen an den in Rede stehenden Sekundärprolapsen leicht erklärlich, welche der Therapie dieses Prozesses so große Widerstände bieten; denn wie aus den vorliegenden Untersuchungen hervorgeht, dauern die enzephalitischen Vorgänge eine Zeitlang an, ehe sie regressiven Charakter annehmen und nehmen während dieser Zeit gewiß auch mehr oder weniger an Ausdehnung zu. Es erreicht also die entzündliche Schwellung mit dem Austreten von Gewebe aus der Schädelduralücke keineswegs ihren Abschluß, sie kann im Gegenteil bei dem Weitergreifen des Entzündungsprozesses an Ausdehnung noch wesentlich zunehmen.

Daraus erklärt sich das stetige Wachstum vieler Prolapse.

Auch die Abtragung des vorgetretenen Gewebes ist naturgemäß nicht imstande, den in der unmittelbaren Umgebung ablaufenden enzephalitischen Prozeß zum Abklingen zu bringen, ja im Gegenteil, der mit der Abtragung unvermeidliche neue Reiz erscheint geeignet, auf die entzündlichen Vorgänge im ungünstigen Sinne zu wirken, so daß es zum Weitergreifen der Entzündung, damit zu neuer Schwellung und zu neuerlichem Austreten von Gewebe aus der Duralücke kommen kann. Auch die Unwirksamkeit eines von vielen versuchten Kompressionsverbandes gegenüber dem Auftreten oder dem weiteren Wachstum eines sekundären Hirnprolapses erscheint damit erklärlich. Ist die Kompression zu schwach, so schwillt eben entzündetes Gewebe trotzdem aus der Duralücke vor; ist sie genügend stark, so daß sie imstande ist, einen dem knöchernen Verschluß des Schädels ähnlichen Widerstand zu leisten, so kommt es infolge der durch die Schwellung bedingten Volumvermehrung des Schädelinhaltes rasch zu bedrohlichen Hirndruckerscheinungen, wie dies aus zahlreichen bezüglichen Versuchen hervorgeht.

Es erhebt sich nun die weitere Frage, ob auch die sekundären Hirnprolapse nach aseptischer operativer Eröffnung des Schädels und der Dura dieselbe Auffassung über die Pathogenese dieses

Prozesses gestatten, wie sie sich aus den vorliegenden Untersuchungen für die Sekundärprolapse nach penetrierenden Schädelschußwunden ergeben hat.

Erfahrungsgemäß kommt es nach operativer Eröffnung eines Hirnabszesses häufig zu sekundären Hirnprolapsen auch dann, wenn der Abszeß nicht im Gefolge einer Hirnverletzung entstanden ist. Die Bedingungen für das Zustandekommen eines Hirnprolapses sind hiebei ganz ähnliche wie bei dem vorliegenden Material. Hier wie dort sind akute enzephalitische Veränderungen vorhanden, welche in der Umgebung des Abszesses zu entzündlicher Schwellung und nach Eröffnung des Schädels und der Dura zum Ausweichen des geschwellten Gewebes nach der Stelle des geringsten Widerstandes, also nach außen hin führen können.

Schwieriger erscheint die Deutung des pathologischen Geschehens bei sekundären Hirnprolapsen, welche nach aseptischer Eröffnung des Schädels und der Dura und bei Krankheitsprozessen auftreten, bei welchen eine Entzündung des Gehirns entweder überhaupt nicht oder zum mindesten am Orte der Trepanation zunächst nicht vorausgesetzt werden kann.

Ein derartiger Fall ist der vierte von mir untersuchte. Hier kam es bei einem Abszeß in der Tiefe des rechten Schläfenlappens nach Fehloperation im vorderen Anteil des rechten Stirnhirnes dort zu einem sekundären Hirnprolaps, an einem Orte also, welcher zu weit von dem Sitze des Abszesses abliegt, als daß hier eine mit ihm zusammenhängende Enzephalitis für das Zustandekommen des Hirnvorfalles verantwortlich gemacht werden könnte.

Das bezügliche untersuchte Material reiht sich aus verständlichen äußeren Gründen (Deckung des Schädel-Duradefektes, längere Spannen zwischen den einzelnen Operationen) nicht in so kurzen Zeitspannen aneinander wie das von den drei ersten Fällen und gestattet deshalb keine so lückenlose Übersicht über die pathologischen Geschehnisse.

In dem von diesem Fall stammenden untersuchten Erstprolaps finden sich zahlreiche Gefäße und massenhaft zellige Elemente, ganz ähnlich wie sie Friedmann als im Endstadium der experimentellen **Ätzenzephalitis** vorkommend beschreibt. Vereinzelte Extravasationen von Leukozyten weisen darauf hin, daß hier ein Reizzustand vorhanden ist, der zu wenn auch ganz geringen entzündlichen Reaktionserscheinungen geführt hat.

Die Bestimmung des Alters der vorgefundenen Veränderungen ist hier schwieriger als bei den untersuchten infektiösen Hirnprolapsen. Nach Friedmann kommt es bei der Ätzenzephalitis nach dem 5. Tag zum Aufschießen neuer Gefäßsprossen sowie zur Gefäßwandverdickung durch Wucherung der Endothelzellen. Das in dem untersuchten Erstprolaps vorliegende Stadium, bei welchem die Blutgefäße bereits den überwiegenden Teil des Präparates einnehmen, stellt also jedenfalls eine Veränderung dar, welche wesentlich älter ist als 5 Tage. Als weiteres Hilfsmittel für die Bestimmung des Alters wird die Morphologie der vorhandenen Abräumzellen herangezogen werden dürfen. Es herrschen große kugelige und rundlich polygonale Formen solcher Zellen vor, welche dicht mit kompakten Lipoidkugeln beladen sind, also als bereits ältere Abräumzellen anzusprechen sind. Sie liegen in den Maschen zwischen den massenhaften Blutgefäßen so dicht, daß sie sich an-

einander abplatten, also den epitheloiden Typus von Abräumzellen darstellen.

Friedmann beschreibt nun als spätes Stadium der nicht eitrigen Enzephalitis das Auftreten von Herden, welche aus massenhaften großen epitheloiden Zellen bestehen. Es dürfte nicht unberechtigt sein, das hier vorliegende histologische Bild mit diesem Stadium der nicht eitrigen Enzephalitis zu identifizieren.

Hieraus ergibt sich, daß der in vorliegender Arbeit untersuchte erstmalige Sekundärprolaps nach aseptischer Trepanation und Duraeröffnung über lokal gesundem Gehirn aus pathologischem Gewebe besteht, welches im Verlaufe einer nicht eitrigen Enzephalitis entstanden ist. Diese Enzephalitis muß in dem vorliegenden Falle bereits längere Zeit bestehen, da das histologische Bild ein spätes Stadium dieser Erkrankung darstellt.

Fragen wir uns nun nach der Ursache, welche für das Auftreten dieser nicht eitrigen Entzündung verantwortlich gemacht werden kann, so ergibt sich ungezwungen die berechtigte Vermutung, daß die mit der ersten Operation unvermeidlich verbundenen Reize (Eröffnung der Dura, Abtasten des Gehirns, Verletzung des Gehirns und der weichen Häute durch Punktion) es sind, welche eine wesentliche Bedingung für die entzündliche Reaktion gebildet haben.

Das sukkulente Gewebe mit zahlreichen neugebildeten Blutgefäßen und massenhafter Zellvermehrung, welches sich in diesem Falle vorfindet, erzeugt gewiß auch eine Zunahme des Volumens des Schädelinhaltes, und es weicht nach der Stelle des geringsten Widerstandes, d. i. in diesem Falle durch die Duralücke nach außen aus.

In dem 23 Tage später abgetragenen, an Stelle des erstmaligen Prolapses wieder gewachsenen Prolaps wurde eine fast vollendete bindegewebige Organisation mit derben älteren Bindegewebszügen und relativ spärlichen Gefäßen gefunden. Um letztere sind spärliche weiße Blutelemente und massenhaft Abräumzellen durchwegs höheren Alters vorhanden.

Dieses histologische Bild darf ebenfalls als Endstadium eines abgelaufenen Entzündungsprozesses angesehen werden. Über die Natur desselben können nur aus dem vorliegenden Bilde seines Endstadiums Schlüsse gezogen werden, da Präparate aus Zwischenstadien fehlen.

Es darf angenommen werden, daß es sich auch hier um einen milde verlaufenden entzündlichen Prozeß gehandelt hat, welcher wesentlich älter ist als der in dem erstmaligen Prolaps dieses Falles beobachtete; denn in dem untersuchten 12 Tage alten Erstprolaps, welcher einer nicht eitrigen Enzephalitis seine Entstehung verdankt, fand sich ein viel weniger weit vorgeschrittenes Stadium der Organisation vor, als in dem in Rede stehenden. Es liegt die Annahme nahe, daß bei Abtragung des Erstprolapses nicht das gesamte, im Zustand der nichteitrigen Entzündung befindliche Gewebe exzidiert wurde und daß sich in den zurückgebliebenen gereizten Gewebspartien die nichteitrige Enzephalitis bis zu dem vorgeschrittenen Stadium bindegewebiger Organisation weiter entwickelt hat, welches in dem in Rede stehenden Prolaps nachzuweisen ist.

In dem nach 6 weiteren Tagen wieder gewachsenen Prolaps finden sich die Kennzeichen einer frischen ziemlich stürmisch verlaufenden Enzephalitis, und das histologische Bild unterscheidet sich nicht wesentlich von dem in Erstprolapsen nach Hirnschußverletzungen. Der Reiz, welcher für die hier vorliegende Entzündung verantwortlich zu machen ist, muß also ein recht intensiver gewesen sein und es ist vielleicht die Vermutung nicht von der Hand zu weisen, daß hier eine endogene oder zufällige exogene Infektion stattgefunden haben mag.

Aus den im vorliegenden niedergelegten Tatsachen und Überlegungen ergibt sich also als Schlußfolgerung, daß die in vorliegender Arbeit untersuchten Hirnprolapse aus einem Gewebe bestehen, welches in den drei ersten Fällen die Kennzeichen einer eitrigen, im vierten Falle zunächst einer nichteitrigen Enzephalitis darbietet.

Weiterhin ergibt sich, daß diese Prolapse entstanden sind durch die lokale Schwellung des entzündlich veränderten Gewebes, welche bei jeder Entzündung einen integrierenden Bestandteil der pathologischen Erscheinungen bildet.

Aus diesen Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen lassen sich im Zusammenhalte mit den Literaturberichten über Hirnvorfall, besonders auch über die Tierversuche Schifones und Blegvads gewisse Schlüsse über die Pathogenese des sekundären Hirnprolapses überhaupt ziehen.

In mehreren Arbeiten über Hirnvorfall finden sich Angaben über entzündliche Veränderungen im Prolaps selbst (Reinking, Chipeault, Eschweiler und Cords, O. Mayer).

Schifone konnte feststellen, daß nach Entfernung eines Teiles des Schädelknochens und der Dura bei Hunden ein dauernder Hirnprolaps nur dann auftrat, wenn eine Infektion stattgefunden hatte; bei aseptisch geheilten Tieren trat auch bei sehr großen Schädelduradefekten niemals ein persistenter Hirnprolaps in Erscheinung.

Blegvad kommt auf Grund von Tierversuchen zu der Anschauung, daß die Reizung der freiliegenden Hirnoberfläche auch ohne Infekion zur Enzephalitis und damit zu Vergrößerung und dauerndem Bestehenbleiben eines primären Hirnprolapses führe. Als Reiz genüge schon das Auflegen von Verbandstoffen, therapeutische Versuche gegen den primären Hirnprolaps, wie insbesondere die Kauterisierung und dergl. Es erscheint fraglos (Friedmann), daß eine Reizung der Hirnoberfläche bei der Mehrzahl der aseptisch durchgeführten operativen Schädel-Duraeröffnungen unvermeidlich ist, insbesondere kann auch die Versorgung der Operationswunde leicht zu einer dauernden Reizquelle werden, durch das Auflegen von Verbandstoffen, Einführung von Gazedrains etc.; ja selbst der Verschluß einer Duralücke mittels Knopfnähten dürfte einem so leicht irritablen Organ gegenüber, wie es das menschliche Gehirn, besonders das anderweitig schon erkrankte, darstellt, nicht dauernd reizlos verlaufen. Es dürften also bei einer großen Anzahl von Trepanationen genügend Reizmomente vorhanden sein, welche zum Zustandekommen einer nichteitrigen Enzephalitis, damit zu lokalen Schwellungsvorgängen und beim Vorhandensein einer Duralücke zum Ausweichen des geschwellten Gewebes nach außen führen können. Hiebei dürfte die Intensität jeweiliger Reize und die Disposition des Gehirnes das Zustandekommen

oder Ausbleiben oder den Grad der entstehenden entzündlichen Reaktion wesentlich beeinflussen. Hat außerdem noch eine Infektion stattgefunden, entweder infolge primärer Verletzung des Gehirnes oder zufällig bei Trepanation unter ungünstigen Verhältnissen, wie sie beispielsweise jetzt im Kriege oft stattfindet, dann verlaufen die entzündlichen Veränderungen stürmisch, nehmen größere räumliche Ausdehnung an und es kommt damit zu den ausgedehnten Sekundärprolapsen, wie sie nach infektiösen Hirnwunden, Abszeßoperationen etc. nur zu bekannt sind.

Es kann noch die Frage erhoben werden, wie bei der entwickelten Auffassung über das Wesen der sekundären Hirnprolapse deren öfter beobachtete spontane Rückbildung zu erklären wäre. Diesbezüglich darf daran erinnert werden, daß jeder Entzündungsvorgang im Gehirn erfahrungsgemäß zu Einschmelzungsvorgängen und dann zu pathologischer Organisation führt und daß das auf diesem Wege entstehende junge Bindegewebe stets nach kürzerer oder längerer Zeit zu schrumpfen beginnt, was notwendigerweise zu einer Volumverminderung bei dem in Rede stehenden Pozesse, also zu einer Verkleinerung des Prolapses führen muß.

Für diese Ansicht spricht auch die oft beobachtete Tatsache, daß sich sehr große sekundäre Hirnprolapse selten restlos in das Schädelinnere zurückziehen; meist verkleinern sie sich nur um ein gewisses Maß, eben so weit, als das Volumen durch die Narbenschrumpfung vermindert wird und bleiben in dieser endlichen Ausdehnung persistent.

V. Schlußfolgerungen.

Nach den Tatsachen, welche in der Kritik der bisherigen Anschauungen über die Pathogenese des Hirnprolapses erörtert und durch die Betrachtungen über die physikalischen Verhältnisse des Schädelinnendruckes gestützt wurden, muß zwischen primärem und sekundärem Hirnprolaps grundsätzlich unterschieden werden.

Der primäre Hirnvorfall entsteht sofort oder sehr bald nach Eröffnung der Schädeldurakapsel dann, wenn vorher in der geschlossenen Kapsel eine Drucksteigerung infolge Volumvermehrung der eingeschlossenen Masse bestanden hat; er verdankt seine Entstehung der lokalen Druckdifferenz am Orte der Eröffnung; der pathologische Vorgang würde ebenso ablaufen, wenn lebloses Gewebe unter dieselben physikalischen Bedingungen gestellt würde.

Der sekundäre Hirnvorfall entsteht dagegen immer allmählich und oft erst lange Zeit nach traumatischer oder operativer Eröffnung der Schädelkapsel, häufig ohne vorbestandene Vermehrung des Volumens des Schädelinhaltes; eine Erhöhung des intrakraniellen Druckes im physikalischen Sinne kann zu dieser Zeit nach den bezüglichen Untersuchungen Grasheys nicht eintreten. Bei der Entstehung eines sekundären Hirnprolapses sind vitale Vorgänge tätig, welche die zum Auftreten nötige Volumvermehrung des Inhaltes der eröffneten Schädelkapsel erst schaffen.

Experimentelle Untersuchungen am Tier (Schifone, Blegvad) haben den Nachweis erbracht, daß lokale enzephalitische Veränderungen bei der Entstehung sekundärer Hirnprolapse maßgebend wirksam sind. Ähnliche exakte Erfahrungen an vom Menschen gewonnenem Material liegen meines Wissens nicht vor.

Ich habe in diesen Untersuchungen am menschlichen sekundären Hirnprolaps durch ausführliche histologische Untersuchungen das durchgehende Bestehen enzephalitischer Vorgänge feststellen können, deren Entstehung mit dem Auftreten des sekundären Erstprolapses zeitlich zusammenfällt oder ihm sogar vorangeht.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden histologischen Untersuchungen geht hervor, daß die sogenannten sekundären Hirnprolapse ihre Entstehung zweifellos einer am Orte ihres Auftretens sich entwickelnden lokalen Entzündung der Hirnsubstanz verdanken. Sowohl diejenigen Prolapse, welche an derselben Stelle wachsen, an der eine Verletzung stattgefunden hat, als auch die, welche sich postoperativ an anderen Stellen entwickeln, an welchen das Gehirn primär scheinbar nicht verändert war, lassen sich auf entzündliche Hirnveränderungen zurückführen.

Im ersteren Fall ist die Genese der entzündlichen Veränderungen aus dem im Gefolge der Verletzung leicht möglichen Eindringen infektiösen Materials in das Gehirn ohne weiters verständlich. Im letzteren Falle weisen die histologischen Befunde zwingend darauf hin, daß zwar keine Entzündungsreize vorhanden waren, welche zu septisch entzündlichen Veränderungen führen konnten, daß aber doch auch hier Entzündungsreize maßgebend wirksam gewesen sind; hierbei bleibt die Frage offen, ob das am Orte der Operation scheinbar nicht veränderte Gehirn nicht doch infolge der anderweitigen Gehirnerkrankung disintegriert und dadurch auch geringen Reizen gegenüber erhöht entzündungsempfänglich gewesen ist.

Die vorliegenden Untersuchungen haben weiterhin ergeben, daß der sogenannte sekundäre Hirnprolaps durch Volumvermehrung zustande kommt, welche durch den Tumor der lokalen Entzündung verursacht ist. Der in Rede stehende Krankheitsprozeß entsteht nicht, wie ursprünglich und seither vielfach angenommen, durch intrakranielle Drucksteigerung, sondern durch Schwellung des entzündeten Gehirns. An der Schwellung hat das Ödem verhältnismäßig geringen Anteil, sie wird größtenteils durch Vermehrung und Erweiterung der Blutgefäße, Blutungen, Vermehrung der zelligen Elemente verursacht.

Es darf nach der im vorliegenden begründeten Auffassung festgestellt werden, daß die ursprüngliche Anschauung über die Pathogenese des Hirnprolapses oder Hirnvorfalles nur insofern für den **primären Hirnprolaps** zutrifft, als derselbe tatsächlich **vorbestandener Drucksteigerung** durch raumbeengende Prozesse im Schädelinnern seine unmittelbare Entstehung dankt.

Demnach handelt es sich in solchen Fällen um einen echten Vorfall von Hirnsubstanz, unabhängig von der histologischen Struktur derselben.

Hingegen ist der sogenannte **sekundäre Hirnprolaps** durch ganz andere pathologische Bedingungen veranlaßt. Hier handelt es sich um eine erst **nach Eröffnung des Schädels** allmählich entstehende, lokale **Volumvermehrung** infolge **septischer oder aseptischer Entzündung,** demnach um eine **lokale entzündliche Hirnschwellung.**

VI. Literaturverzeichnis.

1. Bruns, Praktische Chirurgie. 1854.
2. Demme, Allgemeine Chirurgie der Schußwunden. Würzburg 1863.
3. Pirogoff, Grundzüge der allgemeinen Kriegschirurgie. Leipzig 1864. S. 505.
4. Podratzki, Schußwunde des Gehirnes, Zurückbleiben der Kugel innerhalb der Schädelhöhle, Gehirnvorfall, Heilung. Wiener med. Wochenschr. 1871. Nr. 50.
5. Mack, Zur Kasuistik komplizierter Schädelverletzungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1878.
6. Alcock Nixon, Report of the Royal Academy of med. in Irland. Lancet 9, XII. 1883.
7. Bergmann, Die Lehre von den Kopfverletzungen.
8. Denker, Rhinogener Frontallappenabszeß. Fränkels Arch. **10**, 416.
9. Knapp, Zeitschr. f. Ohrenheilk. **26**, 20.
10. Bockelmann, Ein Fall von Prolapsus cerebri nach komplizierter Schädelfraktur. Deutsche med. Wochenschr. 1889. S. 692.
11. Diller, Americ. Journ. of med. scienc. Philadelphia, Dez. 1892.
12. Müller, Deutsche med. Wochenschr. 1899.
13. Mignon, Ref. bei Caboche, Thèse de Paris. 1901.
14. Tillmanns, Lehrbuch der Chirurgie.
15. D'Antona, Lu nuova chirurgia del sistema centrale. Napoli 1904. Zit. nach Schifone.
16. Schifone, Über die Wirkung großer Resektionen des Schädels und der harten Hirnhaut usw. Zeitschr. f. Chir. **75**. 1904.
17. Lebeau, zit. nach Schifone, Operative Chirurgie.
18. Krönlein, Hirnausfluß und Hirnvorfall. Handb. der prakt. Chir. von Bergmann, Bruns, Mikulicz. 2. Aufl. 1905.
19. Koch-Bergmann, Hirnvorfall nach Ohroperationen. Char.-Annal. **30**, 616—623. 1906.
20. Reinking, Der Hirnprolaps in der Oto- und Rhinochirurgie. Zeitschr. f. Ohrenheilk. **58**, Nr. 1—2. 1909.
21. Chipault, Chirurgie opératoire du système nerveux. Tome 2.
22. Krause, Chirurgie des Gehirnes und Rückenmarkes. Berlin-Wien 1911.
23. Reichardt, Zur Entstehung des Hirndruckes bei Hirngeschwülsten und anderen Hirnkrankheiten und über eine bei diesen zu beobachtende besondere Art der Hirnschwellung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **28**, 305. 1905.
24. Rosental, Zur Methodik der Schädelkapazitätsbestimmung mit Hinsicht auf einen Fall von Hirnschwellung bei Katatonie. Nachtrag, Neurol. Zentralbl. 1914. S. 809.
25. — Intravitale und postmortale Hirnschwellung. Eine Erwiderung auf die Ausführungen Reichardts. Neurol. Zentralbl. 1914. S. 1085.
26. Reichardt, Intravitale und postmortale Hirnschwellung. Neurol. Zentralbl. 1914. S. 1078.
27. — Intravitale und postmortale Hirnschwellung. Neurol. Zentralbl. 1915. **2**, 55. Eine Berichtigung der letzten Ausführungen Rosentals.
28. Bruns, Garré, Küttner, Hirnausfluß und Hirnvorfall. Handb. d. prakt. Chir. 1913. S. 271.
29. Ballaban, Über den orbitogenen Hirnabszeß. Prager med. Wochenschr. 1915. Nr. 3. Ref. Neurol. Zentralbl. 1915. S. 353.

30. Eschweiler und Cords, Über Schädelschüsse. Deutsche med. Wochenschr. **41**, 431. 1915.
31. Blegvad, Bemerkungen zur Behandlung von Schädelwunden. Münch. med. Wochenschrift 1915. **31**, 1065.
32. Otto Mayer, Über die plastische Deckung von Duradefekten nach Abtragung von Hirnprolapsen in der Otochirurgie. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege **73**, 1. 1915.
33. Grashey, Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädel-Rückgratshöhle. Festschr. d. med. Fakultät d. Univ. München. 1892.
34. Kocher, Hirnerschütterung, Hirndruck usw. Wien, Alfred Hölder. 1901.
35. Bergmann, Chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten. III. Aufl.
36. Adamkiewicz, Sitzungsbericht der kais. Akademie der Wissensch. Wien 1883.
37. — Wiener Klinik 1884.
38. — Wiener med. Wochenschr. 1888.
39. — Funktionsstörungen des Großhirnes. 1888.
40. Cushing, Zit. nach Kocher, Hirnerschütterung, Hirndruck usw.
41. — The Blood Pressure Reaktion of Acute Cerebrale Compression, illustrated by Cases of Intracranial Hemorrhagie etc. The Amer. Journ. of the Med. Scienc. **125**, 1017.
42. Schultén, Langenbecks Archiv **30**.
43. Sauerbruch, Blutleere Operationen am Schädel unter Überdruck nebst Beiträgen zur Hirndrucklehre. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. **8**. Suppl. 1907. S. 939.
44. Tilmann, Zur Frage des Hirndruckes. Arch. f. klin. Chir. **98**, 826. 1912.
45. — Zentralbl. f. Chir. **39**, 18. 1912.
46. Hauptmann, A., Untersuchungen über das Wesen des Hirndruckes.
47. Grashey, Hirndruck und Hirnkompressibilität. Allg. Zeitschr. f. Psych. **48**.
48. Hill, Leonard, The physiology and pathology of cerebral circulation. London 1896.
49. Horsley, Proceedings of the Royal Soc. 58. London.
50. Richet, Circulation cérébrale. Dictionnaire de Physiologie.
51. Pfaundler, Lumbalpunktion bei Kindern. Wien, Braumüller 1899.
52. Spina, Pflügers Archiv 1900.
53. — Untersuchungen über die Resorption des Liquors bei normalem und erhöhtem intrakraniellem Druck. Arch. f. Physiol. **83**, 120, 415. 1901.
54. Naunyn und Falkenheim, Arch. f. exper. Pathol. **14**.
55. Francois-Frank, Sur l'inférence que les variations de la pression intracraniennes et intracardiaques exercent. Laborat. de Marey 1877.
56. Leber, Zusammenhang zwischen Sehnervenentzündung und intrakraniellen Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. 1894. Nr. 33.
57. Elschnig, Über die sogenannte Stauungspapille. Wiener klin. Wochenschr. 1894. Nr. 51.
58. — Über die pathologische Anatomie und Pathogenese der sog. Stauungspapille. Arch. f. Ophthalmol. **41**, 179.
59. Krückmann, Zur Pathogenese der Stauungspapille. Bericht d. Heidelb. ophthalm. Gesellsch. 1897.
60. — Eine weitere Mitteilung zur Pathogenese der sog. Stauungspapille. Arch. f. Ophthalmol. **45**.
61. Jakobsohn, Ein Solitärtuberkel des Linsenkerns nebst Bemerkungen zur Theorie der Entstehung der Stauungspapille. Arch. f. Psychol. 1898.
62. v. Orosz, Pathogenese und Bedeutung der bei Hirntumoren auftretenden Papillitis. Orvosi Hetilap 1897.
63. Weeks, Die Papillitis bei der Gehirngeschwulst. Amer. Journ. med. Assoc. 1899.
64. Deutschmann, Diskussionsbemerkung. Neurol. Zentralbl. **23**, 673. 1904.
65. Vollert, Drei Fälle höchstgradiger Stauungspapille nach Salvarsaninjektion bei Lues. Münch. med. Wochenschr. **59**, 1960. 1912.
66. Fejer, Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 15.
67. Gowers, Handbuch der Nervenkrankheiten **2**, 498.
68. Anton, Gehirnödem und Kompression in Flatau-Jakobsohn-Minor, Handb. der pathol. Anatomie des Nervensystems. Berlin 1904. S. 402.

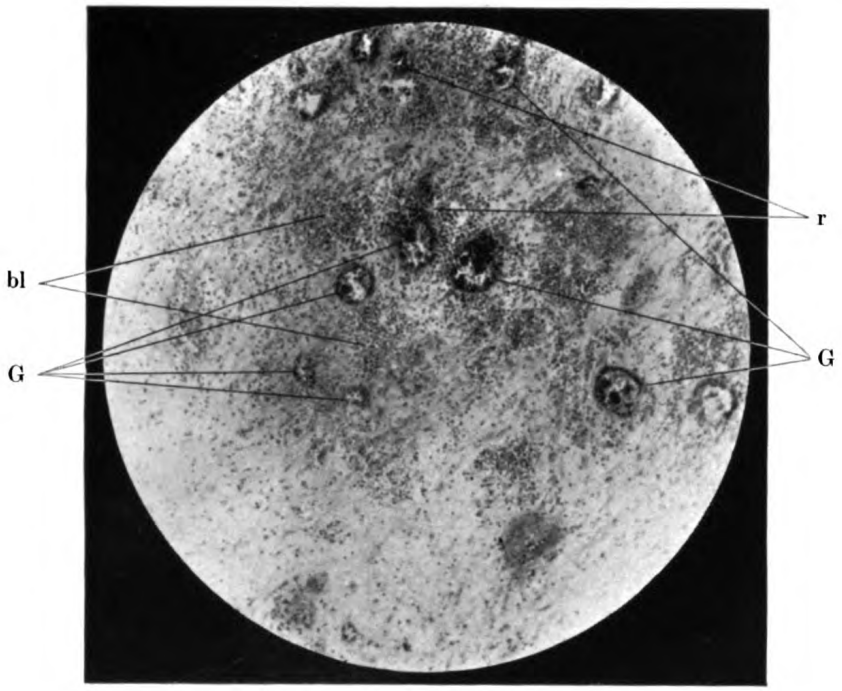
69. Quinke, Meningitis serosa. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 1893.
70. — Über Meningitis serosa und verwandte Zustände. Zeitschr. f. Nervenheilk. 9. 1897.
71. v. Hansemann, Über seröse Meningitis. Verhandl. des XV. Kongr. f. inn. Med.
72. Stroebe, Krankhafte Veränderungen der knöchernen Kapsel und der Hüllen des Gehirns in Flatau-Jakobsohn-Minor, Handb. d. path. Anat. d. N. S.
73. Huguenin, Ziemßens Handb. d. spez. Pathol. 11.
74. Boenninghaus, Meningitis serosa acuta. Wiesbaden 1897.
75. Baginski, zit. nach Anton.
76. Anton, Hydrocephalien etc. in Flatau, Handb. d. path. Anat. des Nervensystems. Berlin, Karger. 1904.
77. Nonne, Über Fälle von Symptomenkomplex „Tumor cerebri" mit Ausgang in Heilung (Pseudotumor cerebri). etc. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 27, 169. 1904.
78. — Neue deutsche Chirurgie. XII. Teil II. S. 105.
79. Weber, L. W. und Schultze, I. H., Zwei Fälle von Pseudotumor cerebri mit anatom. Untersuchungen. Monatsschr. f. Psych. 23, 212. 1908.
80. Finkelnburg und Eschbaum, Zur Kenntnis des sog. Pseudotumor cerebri mit anatomischem Befund. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 38, 35. 1910.
81. Rosental, Histologische Befunde beim sog. Pseudotumor cerebri. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 7, 42. 1911.
82. v. Rokitansky, Pathol. Anatomie, II. Teil. 1856.
83. Reichardt, Zur Entstehung des Hirndrucks bei Hirngeschwülsten und anderen Hirnkrankheiten und über eine bei diesen zu beobachtende Art der Hirnschwellung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 28, 305. 1905.
84. — Über Hirnschwellung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate 3, 1. 1911.
85. — Intravitale und postmortale Hirnschwellung. Neurol. Zentralbl. 1914. S. 1078.
86. — Neurol. Zentralbl. 1915. S. 55.
87. Apelt, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 38, 305. 1908.
88. — Neurol. Zentralbl. 1909. S. 1050, Sitzungsbericht.
89. — Weitere physikalische und mikroskopische Untersuchungen der Hirnsubstanz zur Klärung der Frage nach dem Zustandekommen der Hirnschwellung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 38. 1910.
90. Pötzl und Schüller, Über letale Hirnschwellung bei Syphilis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 3, Heft 1—2, 139. 1910.
91. Nonne, Syphilis und Nervensystem. Berlin, Karger. 1915.
92. Barbier und Carbone, Biochemische Untersuchungen über die Hirnschwellung. a) Die akute Schwellung des Gehirnes und die kolloidale Lehre vom Ödem. Biochem. Zeitschr. 49, 293. 1913.
93. Rosental, Zur Methodik der Schädelkapazitätsbestimmung mit Hinsicht auf einen Fall von Hirnschwellung bei Katatonie. Neurol. Zentralbl. 1914. S. 728, 809.
94. — Intravitale und postmortale Hirnschwellung. Neurol. Zentralbl. 1914. S. 1085.
95. Krause, Chirurgie des Gehirnes und Rückenmarkes. Berlin 1911.
96. Anton und v. Bramann, Balkenstich bei Hydrocephalien, Tumoren und bei Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 32, 1674. 1908.
97. — — Chirurgenkongreß. Berlin 1909—1911.
98. Ferrari, Spallanzani. Modena 1882.
99. Donaldson, Journ. of morpholog. 9. Boston 1894.
100. Ramón y Cajal, Eine neue Methode zur Färbung der Neuroglia. Neurol. Zentralbl. 1915. S. 82.
101. Merzbacher, Untersuchungen über die Morphologie und Biologie der Abräumzellen im Zentralnervensystem. Nißl, Histol. Arbeiten 3, 1. 1910.
102. Held, Die Entwicklung des Nervengewebes bei den Wirbeltieren. Leipzig 1909.
103. K. Schaffer, Zur Kenntnis der normalen und pathologischen Neuroglia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 30, 1.
104. Eisath, Weitere Beobachtungen über das menschliche Nervenstützgewebe. Arch. f. Psych. 48, 896. 1911.
105. Alzheimer, Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Neuroglia etc. Nißl, Histol. Arbeiten 3, 3. 1910.

106. Friedmann, Enzephalitis in Flatau, Handb. der pathol. Anatomie des Zentralnervensystems. Berlin 1904.
107. Canestrini, Sinnesleben des Neugeborenen (nach physiol. Experimenten). Berlin, Springer 1913.
108. Hartmann, Untersuchungen über die unkomplizierten traumatischen Rückenmarkserkrankungen, Jahrb. f. Psych. u. Neur. Bd. XIX. 1900.
109. Anton, Hirnhypertrophie. W. klin. Woch. 1902.

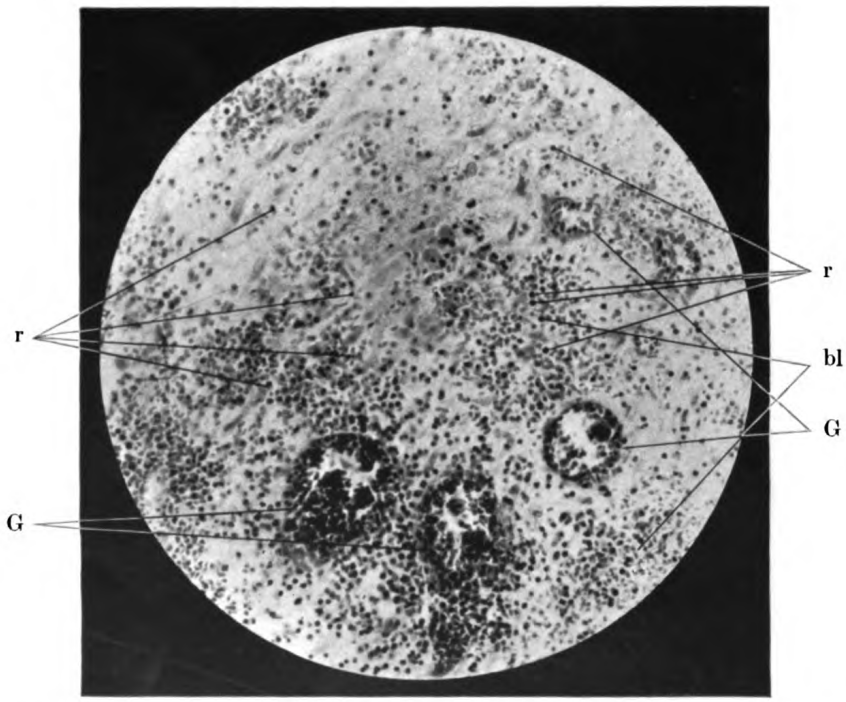
Verzeichnis der abgekürzten Bezeichnungen auf den Mikrophotogrammen.

abz = Abräumzelle
adz = Adventitiazelle
ap = apolare Gliazelle
bi = Bindegewebe
bl = Blutung, rote Blutkörperchen
ep = epitheloide Abräumzelle
ez = Endothelzelle
G = Blutgefäß
ga = Ganglienzelle
gl = Gliazelle
glf = Gliafaser
K = Zellkern
kö = gekörnte Abräumzelle (Körnchenzelle)
Lip = Lipoidsubstanz
Mgp = Membrana gliae perivascularis
p = Polynukleärer Leukozyt
Pr = Protoplasma
r = Rundzelle
spz = Spindelzelle
thr = Thrombus.

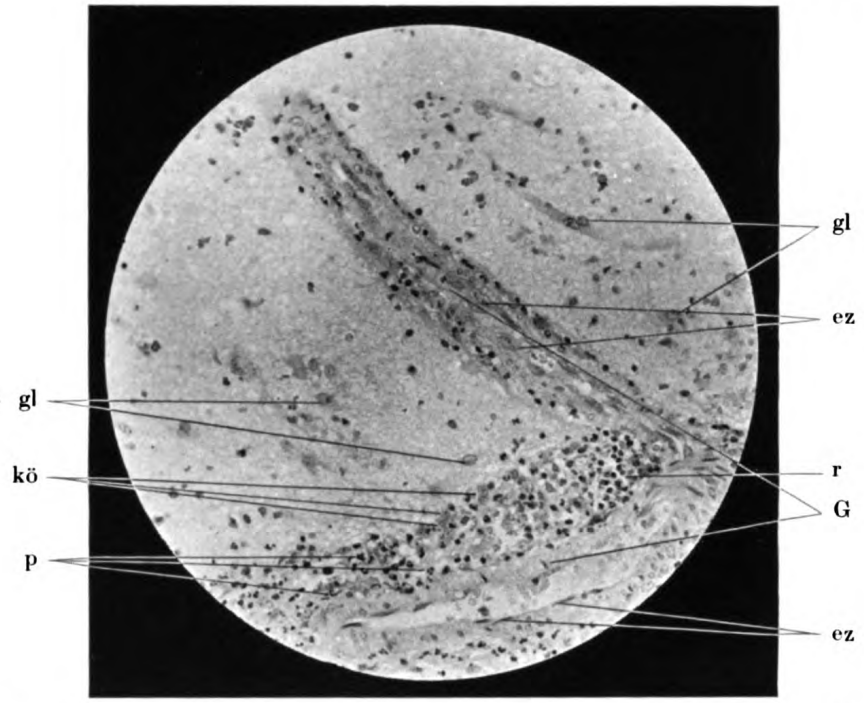
Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.



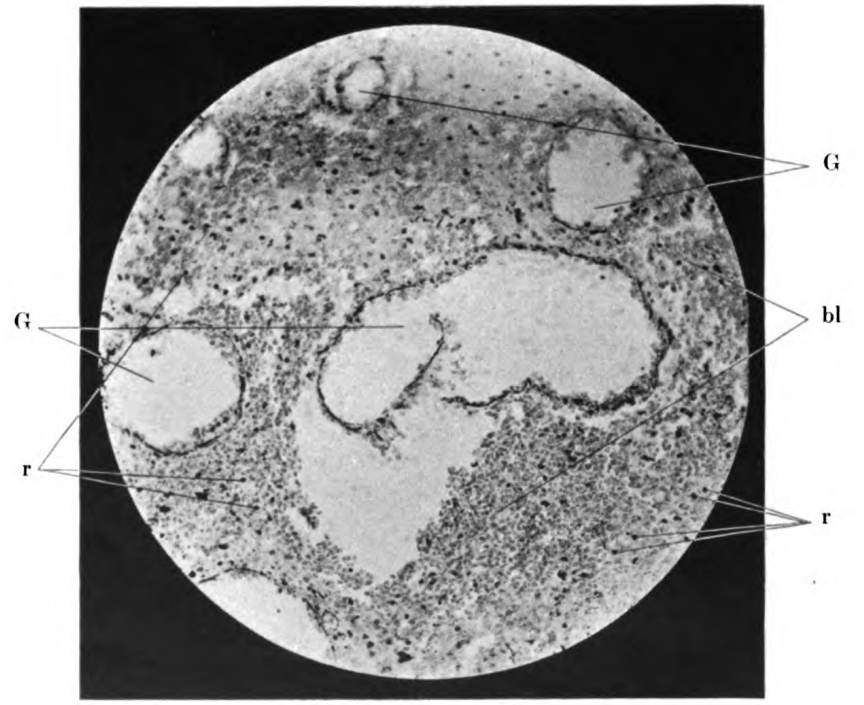
Blutgefäßneubildung, Rundzellenhöschen. (Übersichtspräparat.)
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 62 × lin.



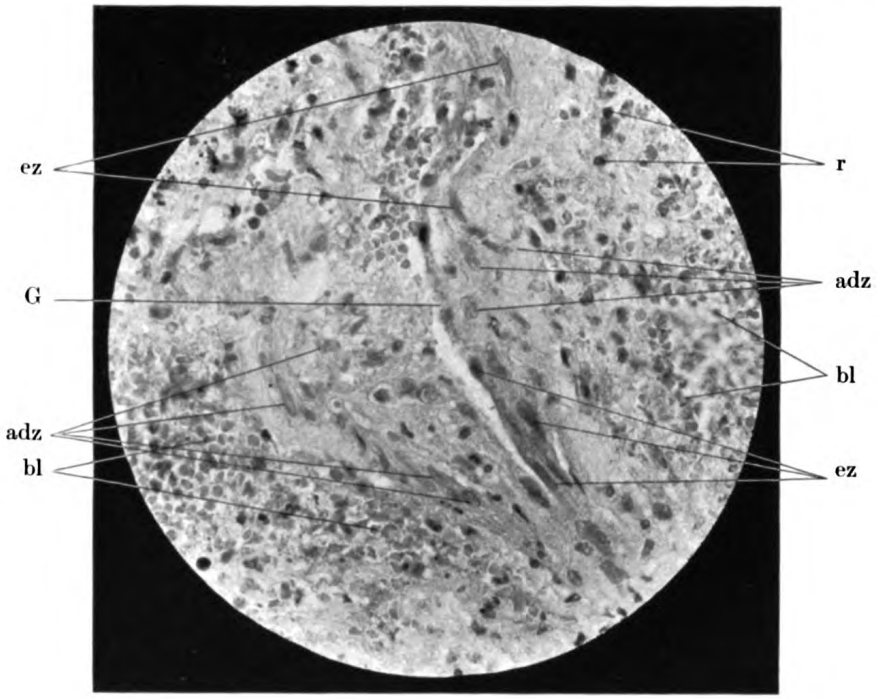
Blutgefäßvermehrung, entzündliche Zellhöschen, Blutungen, in das Gewebe weitergewanderte Rundzellen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125 × lin.



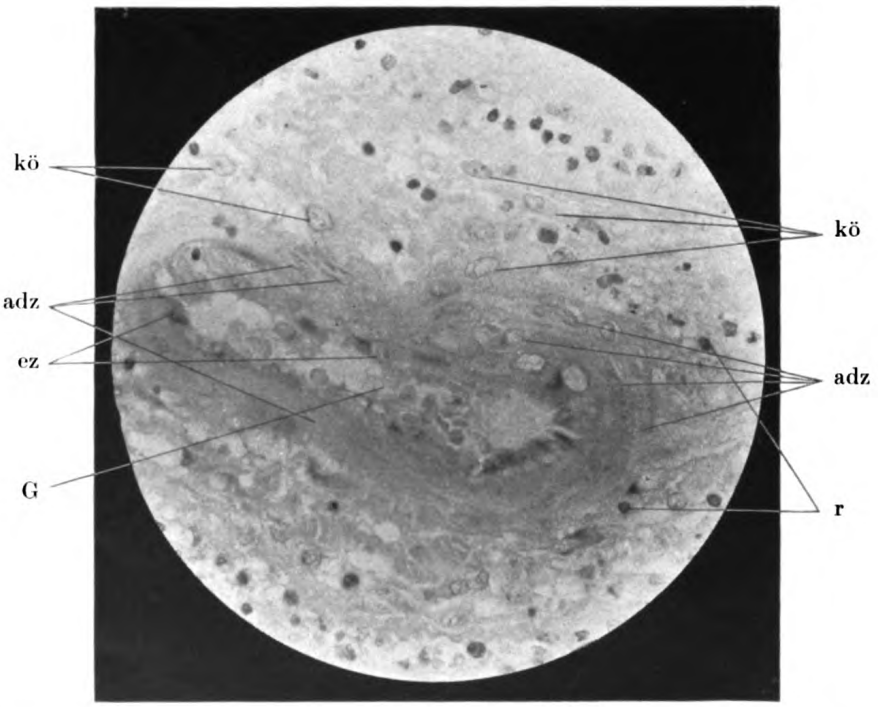
Gefäßsprossung mit sukkulenten Endothelzellen; erweiterte und entzündlich infiltrierte Lymphräume.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125 × lin.



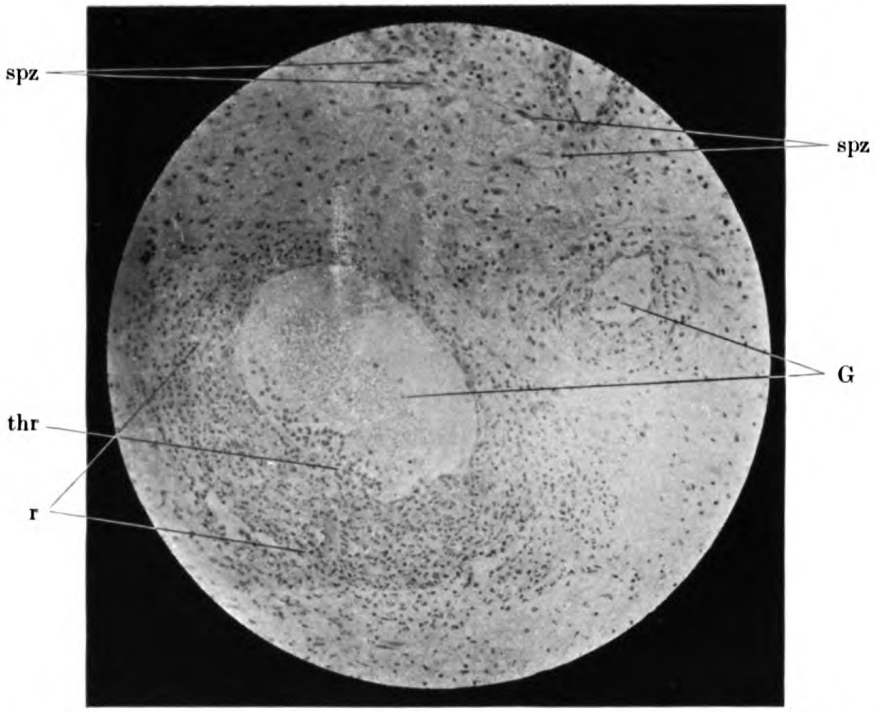
Massenhafte Gefäßneubildung; Gefäßruptur, Blutungen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125 × lin.



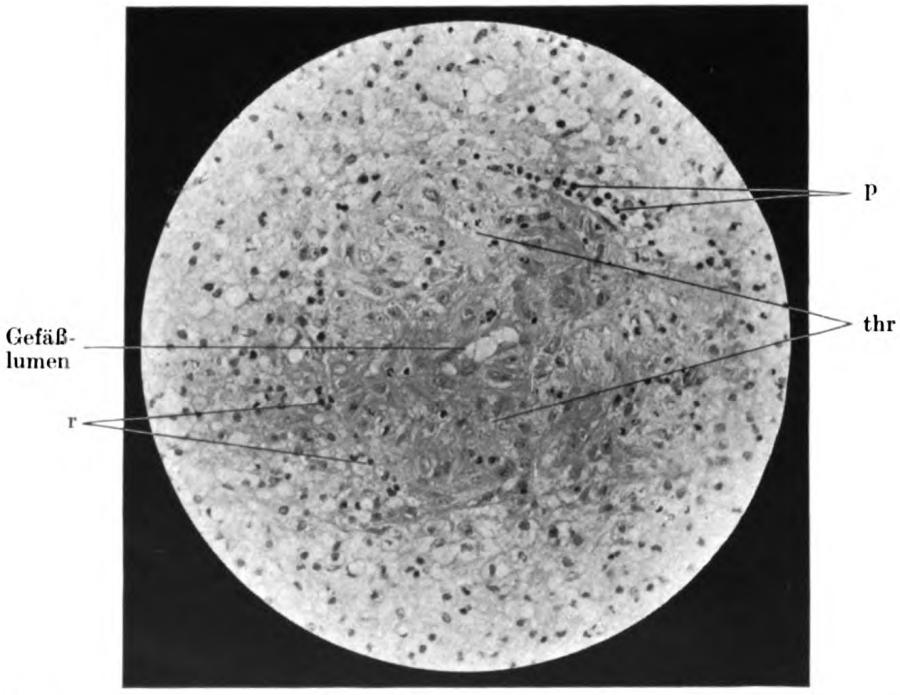
Gefäßwandverdickung; Wucherung der Endothel- und Adventitiazellen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250×lin.



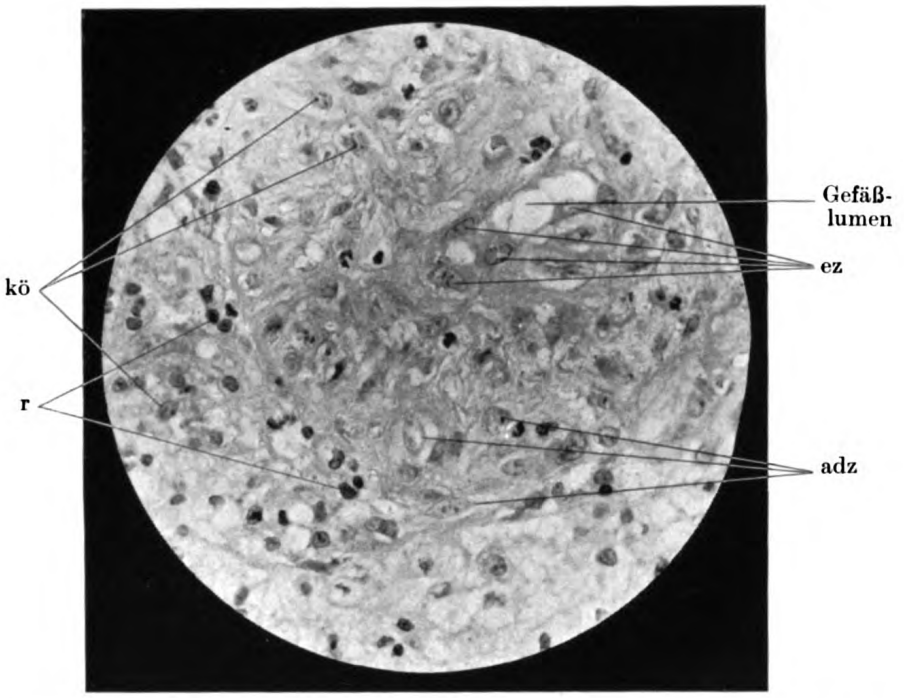
Gefäßwandverdickung; Wucherung der Adventitiazellen. Gekörnte Abräumzellen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250×lin.



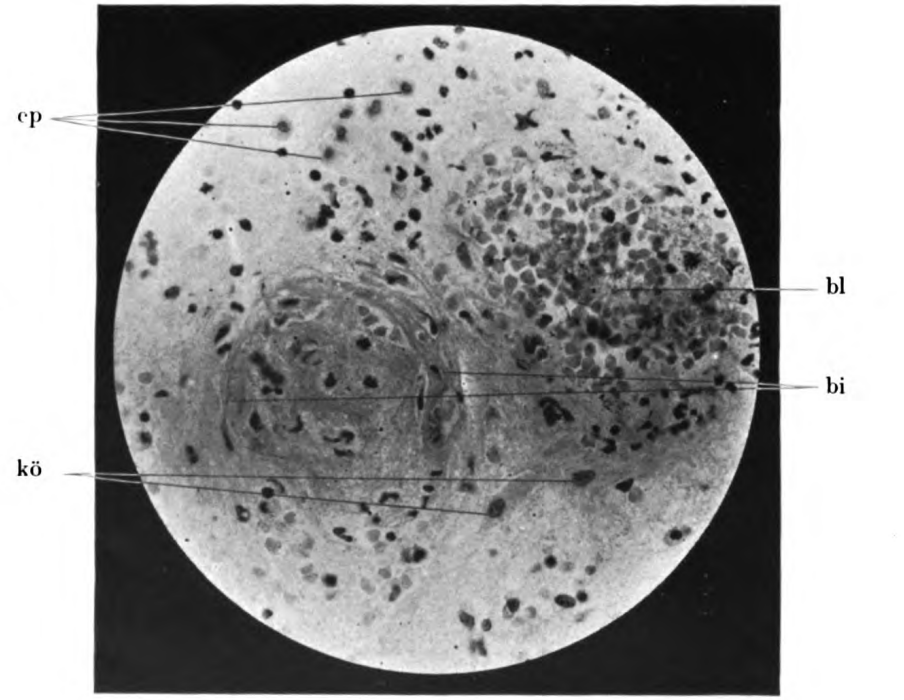
Gefäßvermehrung; entzündliches Rundzelleninfiltrat. Wandständiger zelliger Thrombus.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125× lin.



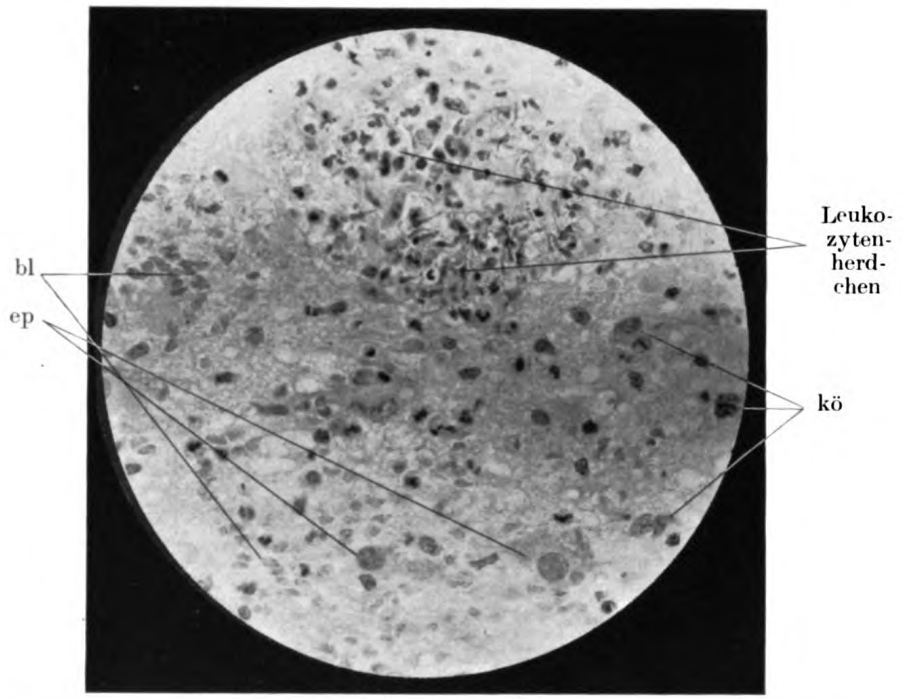
Fast vollkommen thrombosiertes Gefäß, Thrombus in Organisation begriffen. Reste entzündlicher Leukozytenauswanderung.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125× lin.



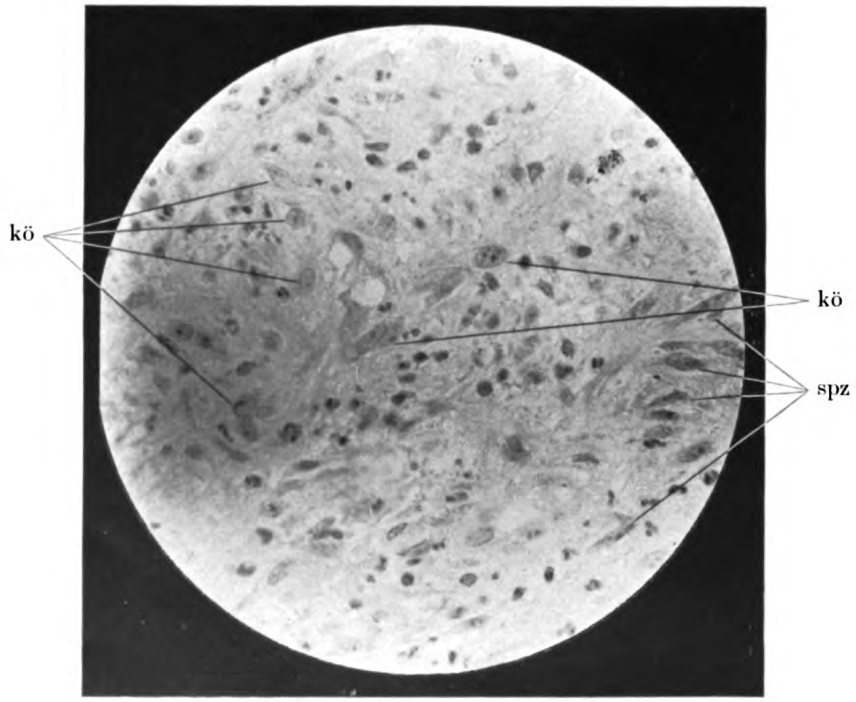
Fast vollkommen thrombosiertes Gefäß. (Vorige Abbildung vergrößert). Gewucherte Endothel- und Adventitiazellen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250×lin.



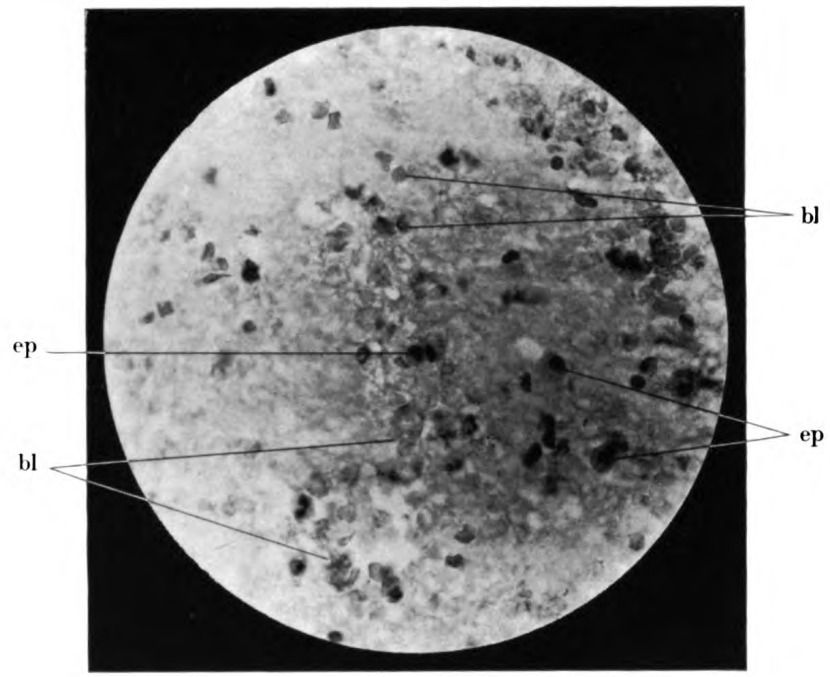
Vollkommene, z. T. organisierte Thrombose.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250×lin.



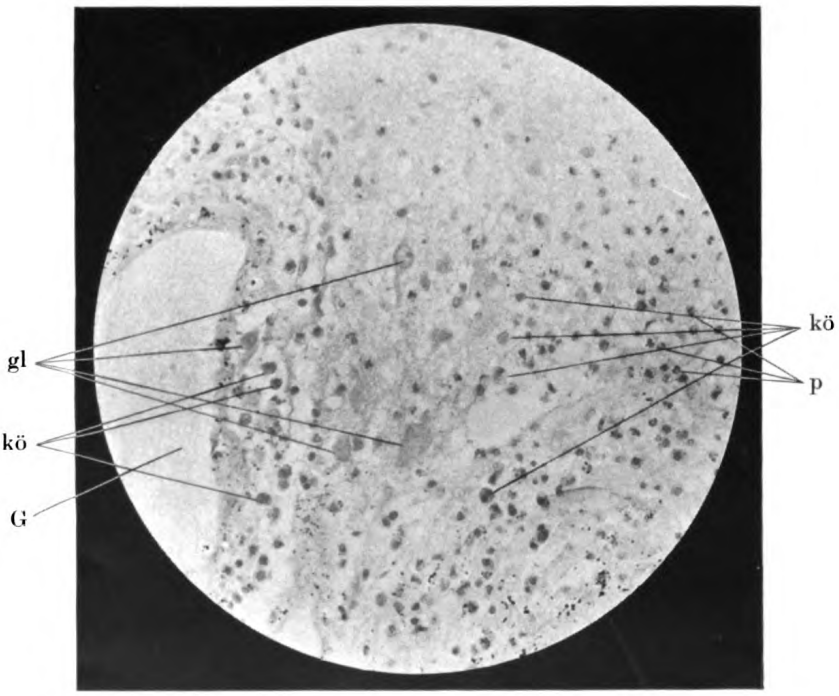
Leukozytenherdchen im Gewebe ohne sichtbare Verbindung mit Blutgefäßen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250× lin.



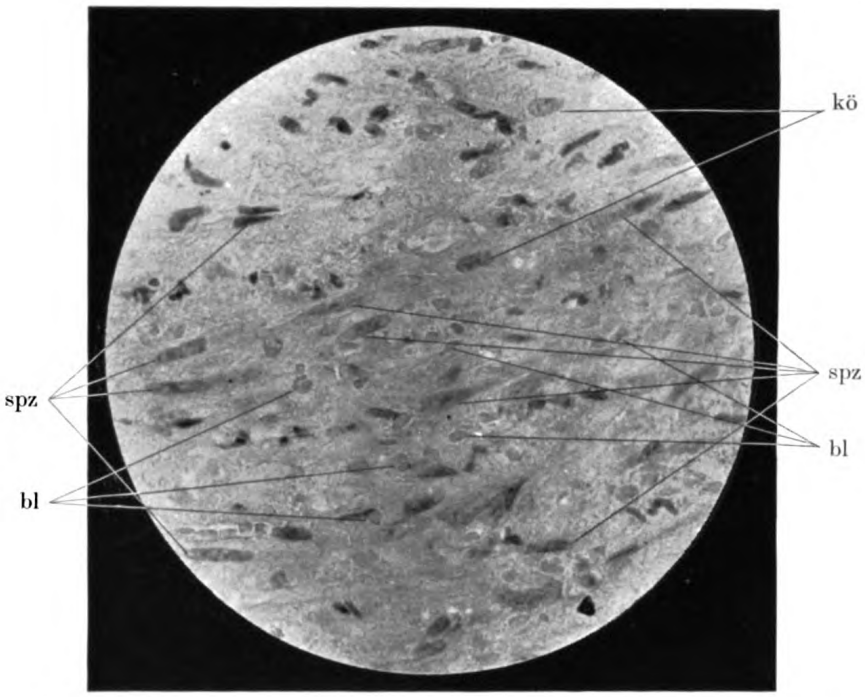
Gekörnte Abräumzellen, Spindelzellen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250× lin.



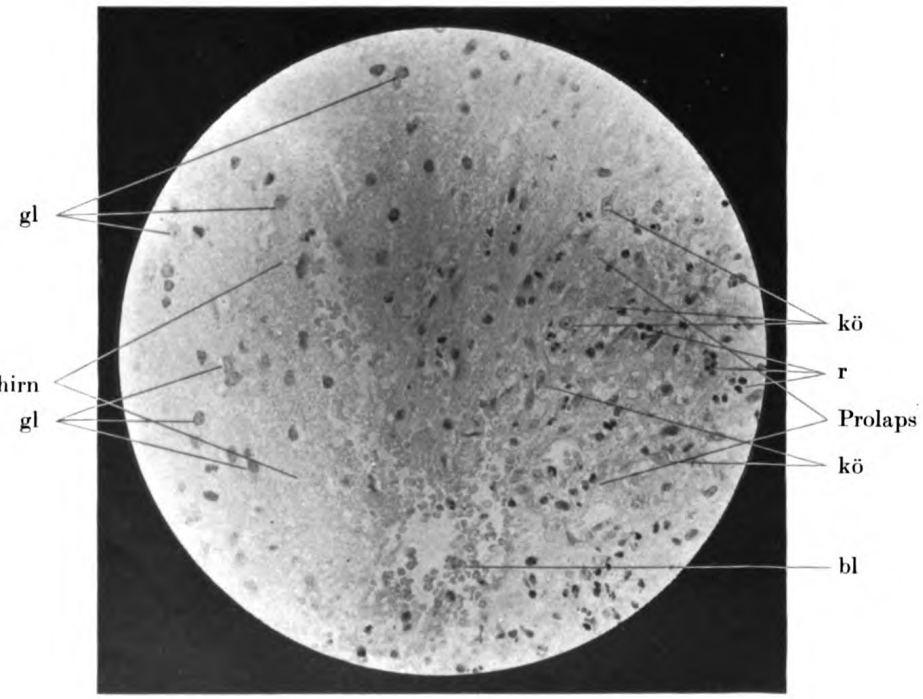
Epitheloide Abräumzellen, amitotische Teilung solcher Zellen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250×lin.



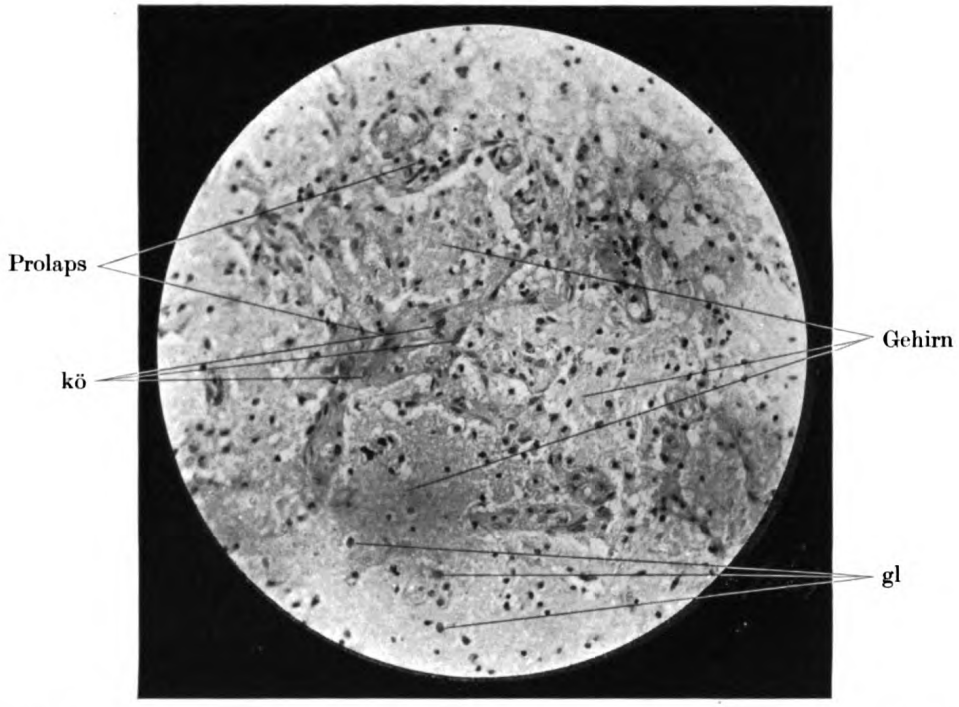
Geschwellte Gliazellen, z. T. amöboide Formen solcher Zellen.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125×lin.



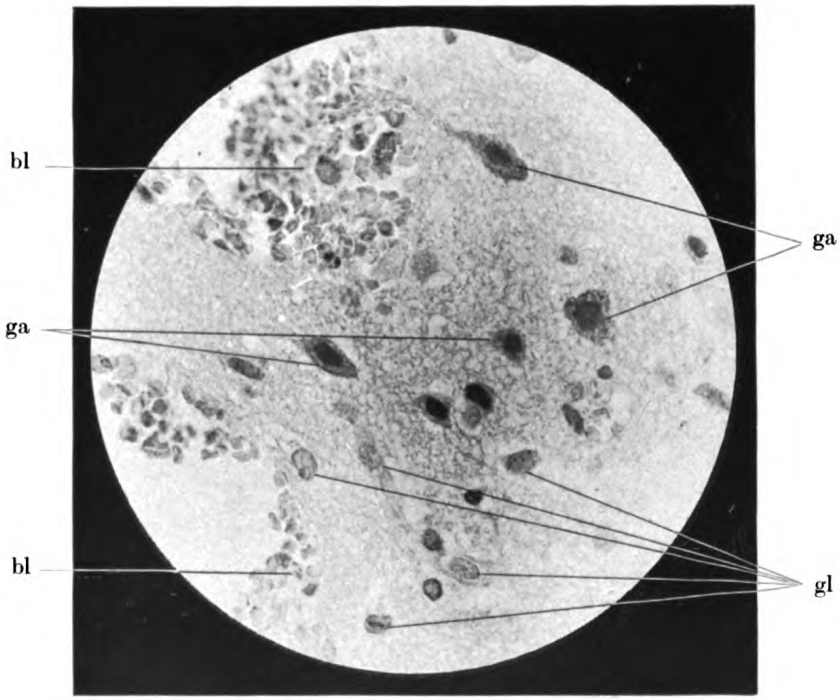
Beginnende Bindegewebsneubildung: Spindelzellenzüge in älterer Blutung.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250×lin.



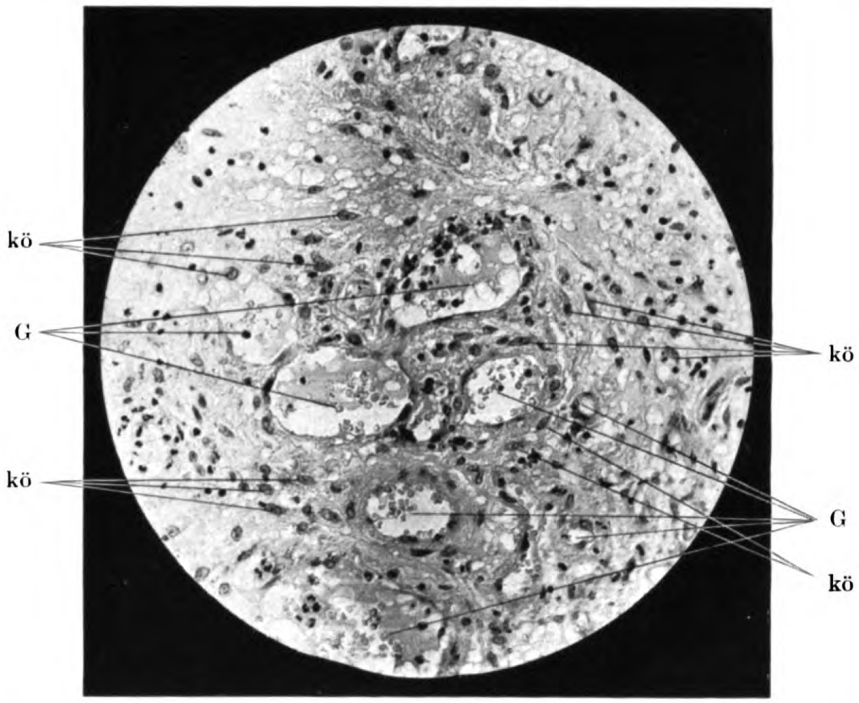
Grenze zwischen Gehirn und Prolaps nach aseptischer Hirnoperation.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125×lin.



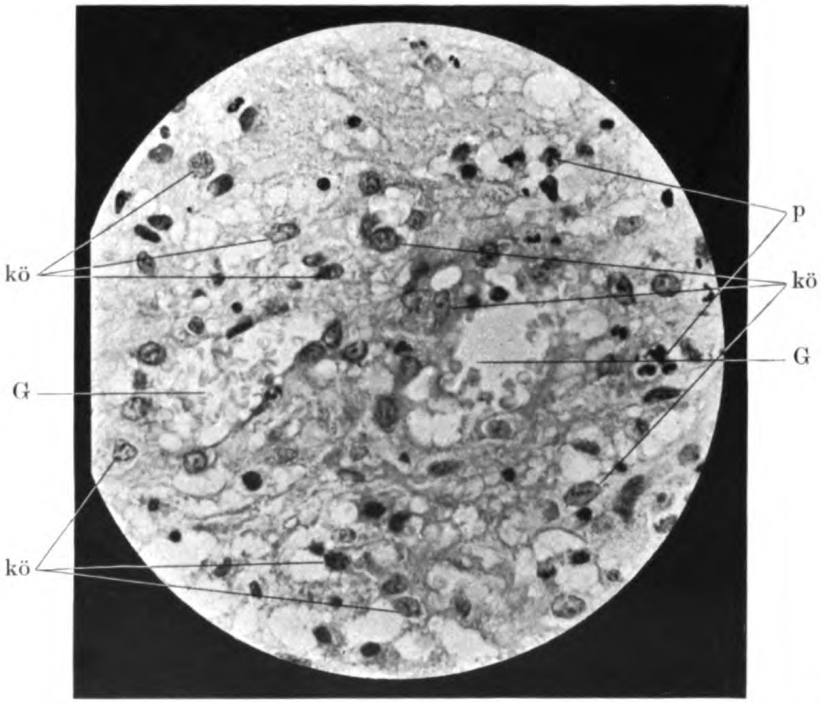
Prolapsinseln in veränderter Hirnsubstanz aus dem Prolaps nach aseptischer Hirnoperation.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125 × lin.



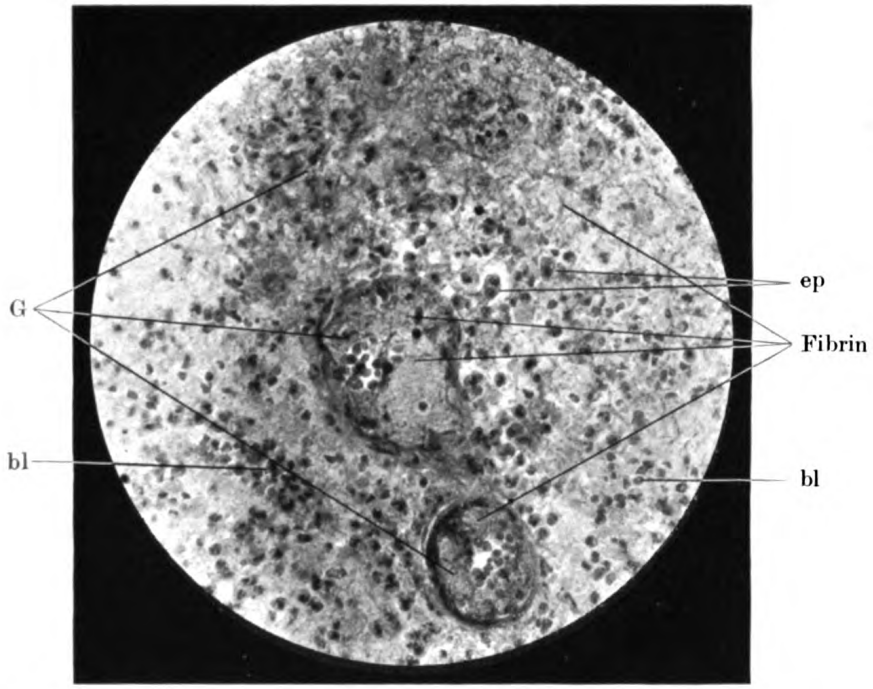
Degenerierende Ganglien- und Gliazellen am Rande des Prolapses nach aseptischer Hirnoperation.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250 × lin.



Vermehrte Blutgefäße, massenhaft gekörnte Abräumzellen aus dem Prolaps nach aseptischer Hirnoperation.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 125×lin.

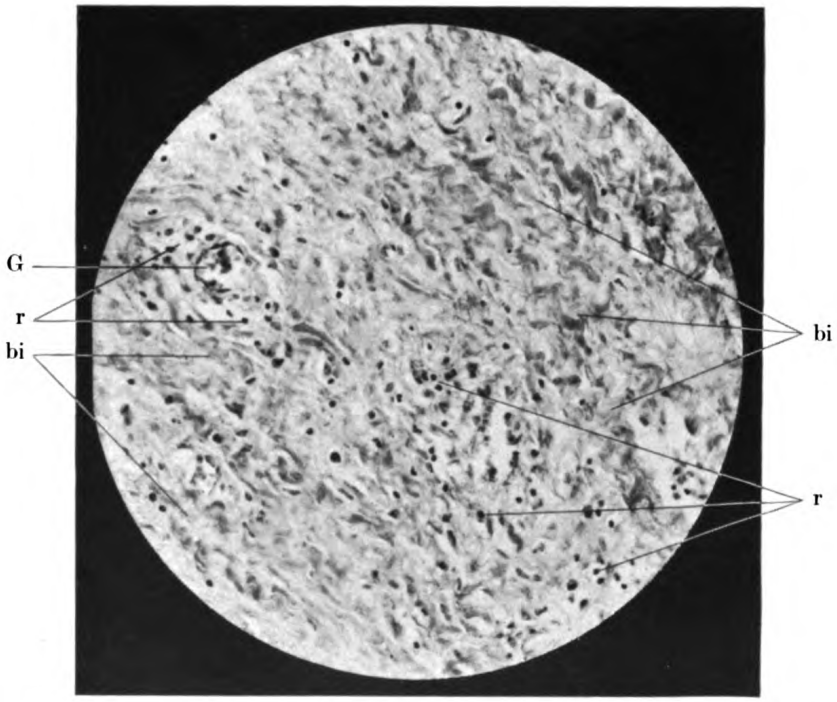


Blutgefäße, gekörnte Abräumzellen, einzelne polynukleäre Leukozyten aus dem Prolaps nach aseptischer Hirnoperation.
Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Vergr.: 250×lin.



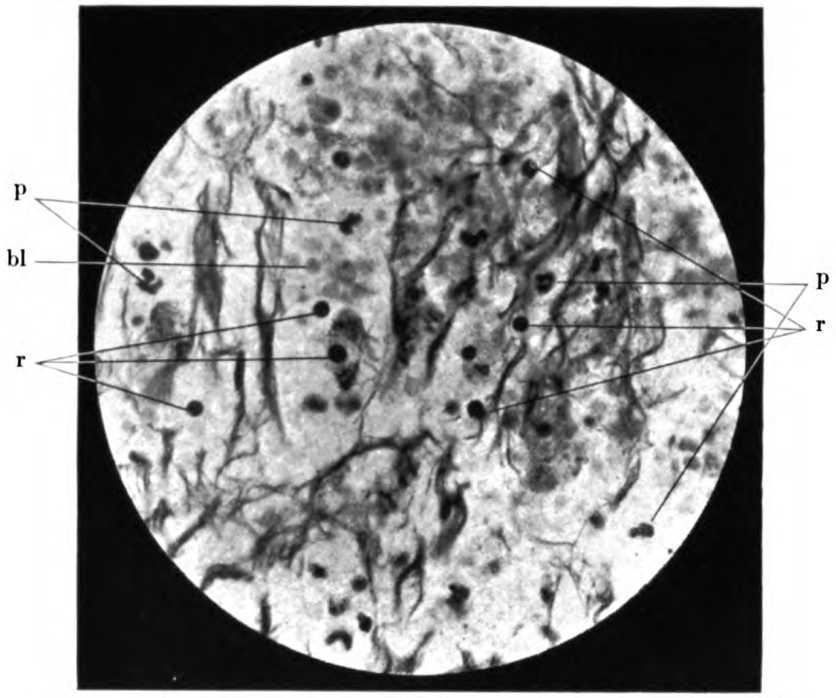
Fibrinöse Thromben in Gefäßen; oben ein organisierter Thrombus. Fibringerinnsel im Gewebe außerhalb der Gefäße.

Färbung: Hämatoxylin-van Gieson. Vergr.: 125×lin.

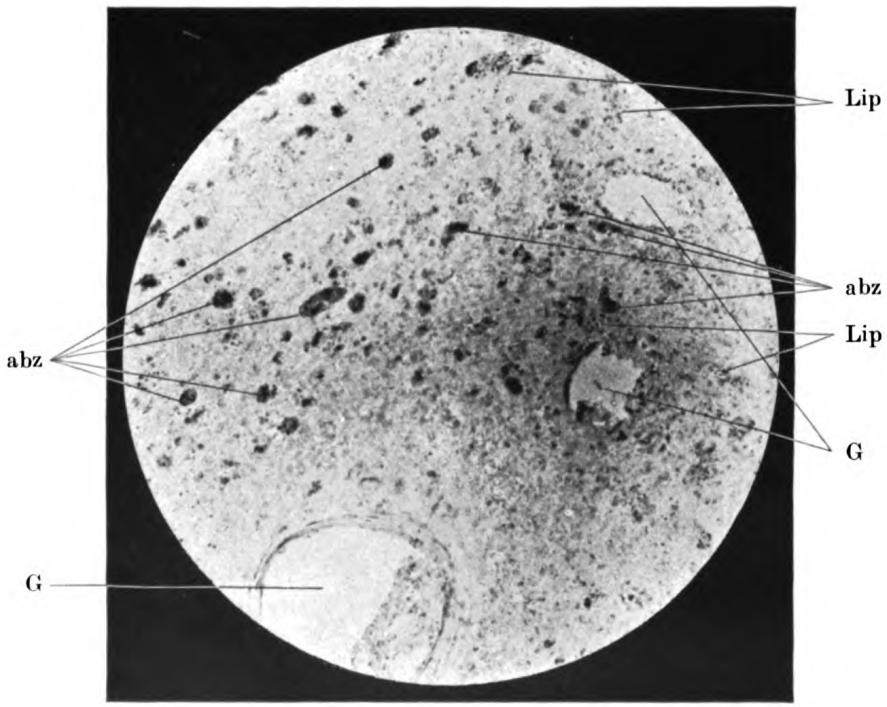


Fortgeschrittene bindegewebige Veränderung eines Hirnprolapses. Reste entzündlicher Zellauswanderung.

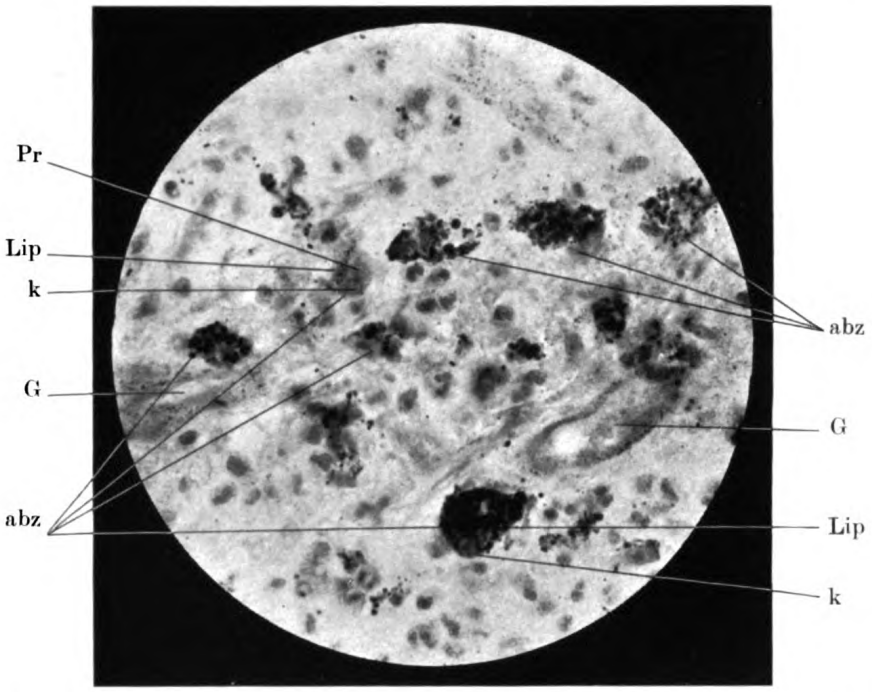
Färbung: Hämatoxylin-van Gieson. Vergr.: 125×lin.



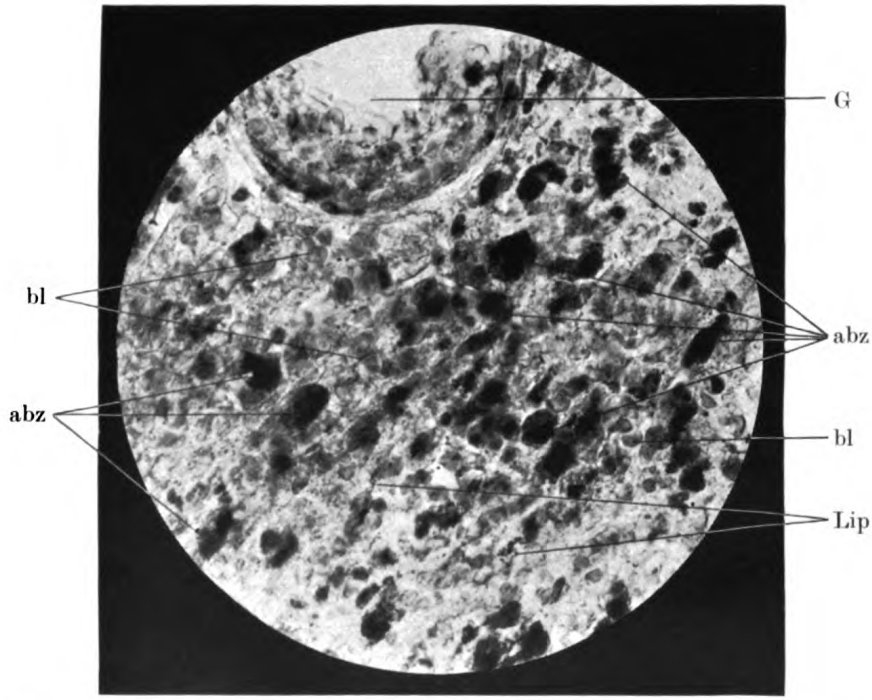
In Zerfall begriffene, aufgesplitterte Markfasern in einem Erstprolaps.
Färbung: Bielschowsky. Vergr.: 250×lin.



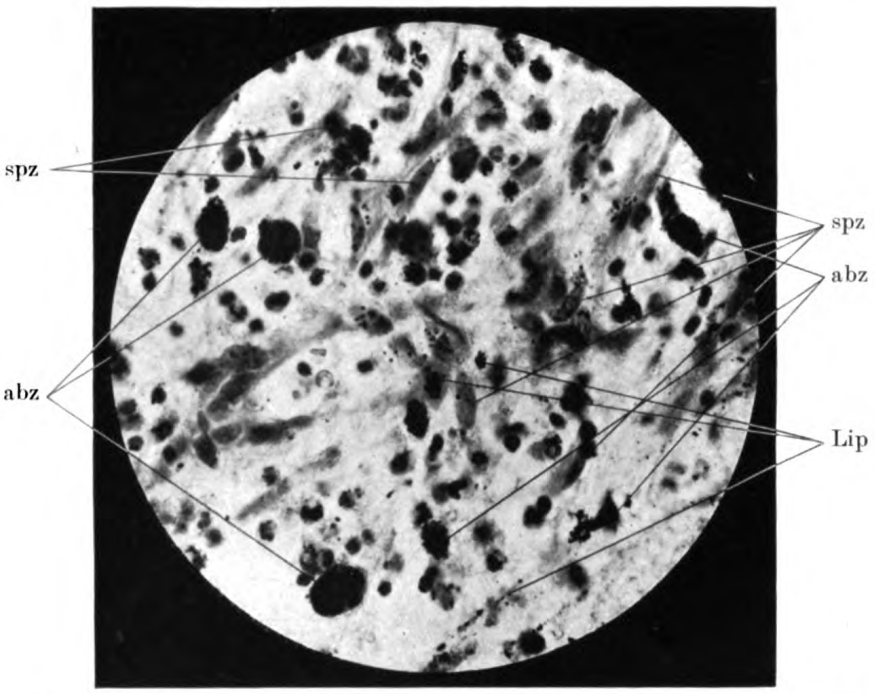
Lipoidtragende Abräumzellen, junge Formen aus einem Erstprolaps: Lipoidtröpfchen im Gewebe.
Färbung: Fettponceau-Hämatoxylin. Vergr.: 125×lin.



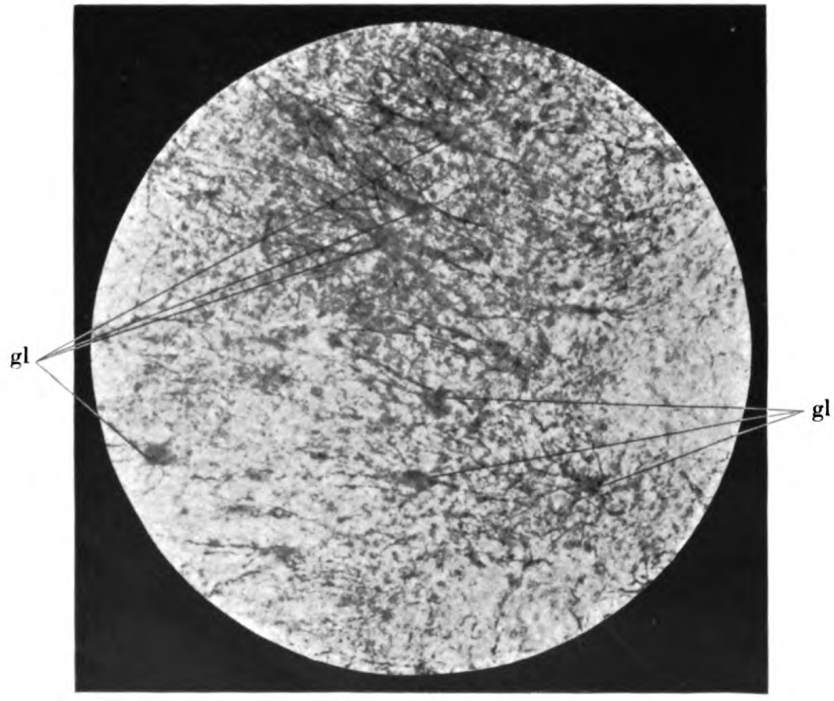
Lipoidtragende Abräumzellen; ältere Formen mit größeren Fetttropfen, jüngere fein mit Fett bestäubt. Unten alte Abräumzelle mit wandständigem Kern.
Färbung: Fettponceau-Hämatoxylin. Vergr.: 250×lin.



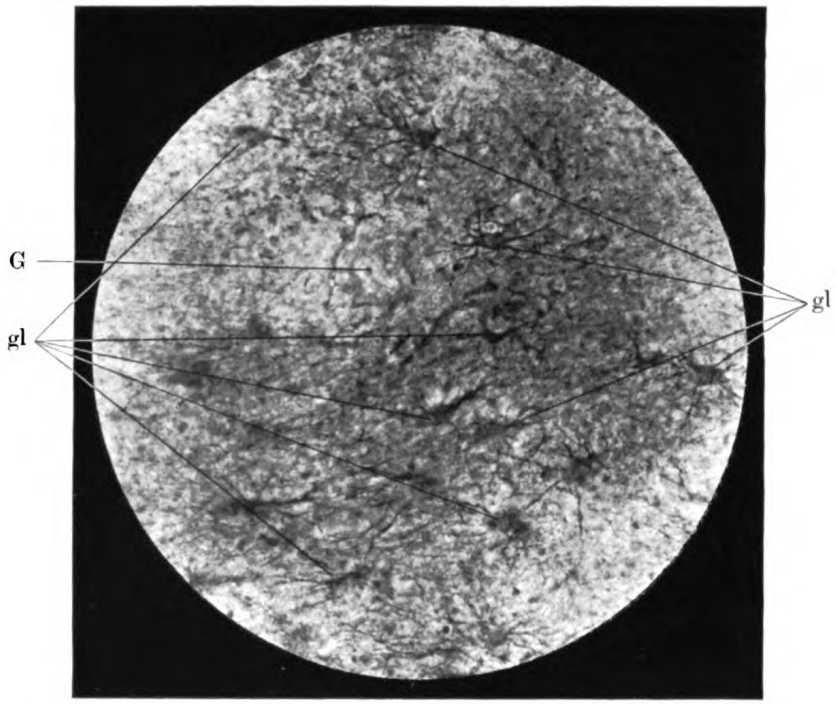
Häufung von lipoidtragenden Abräumzellen; alte Formen mit kompaktem Lipoidgehalt. Spärlich freie Lipoidtröpfchen.
Färbung: Fettponceau-Hämatoxylin. Vergr.: 250×lin.



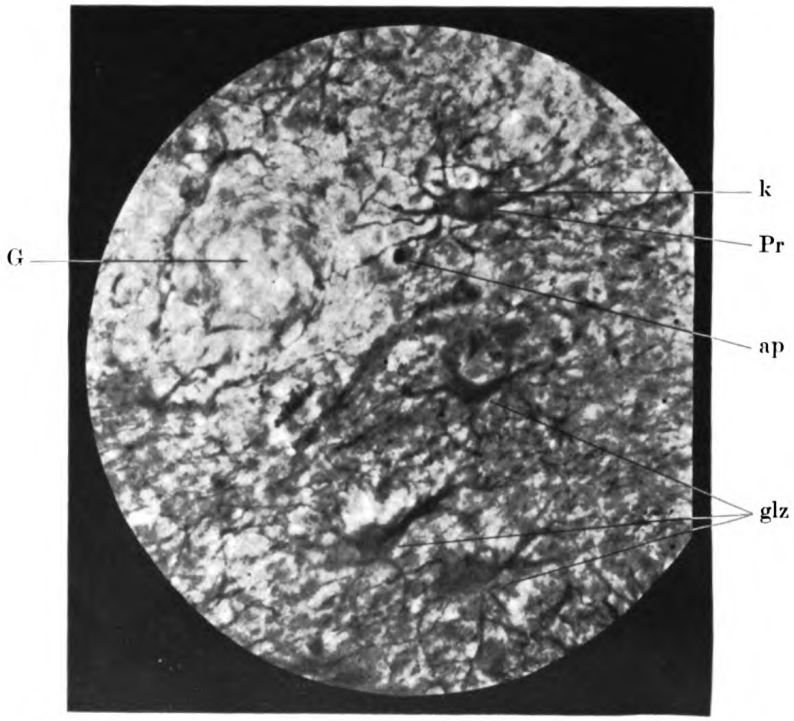
Ältere Formen lipoidhältiger Abräumzellen, zahlreiche Spindelzellen, z. T. lipoidhältig.
Färbung: Fettponceau-Hämatoxylin. Vergr. 250×lin.



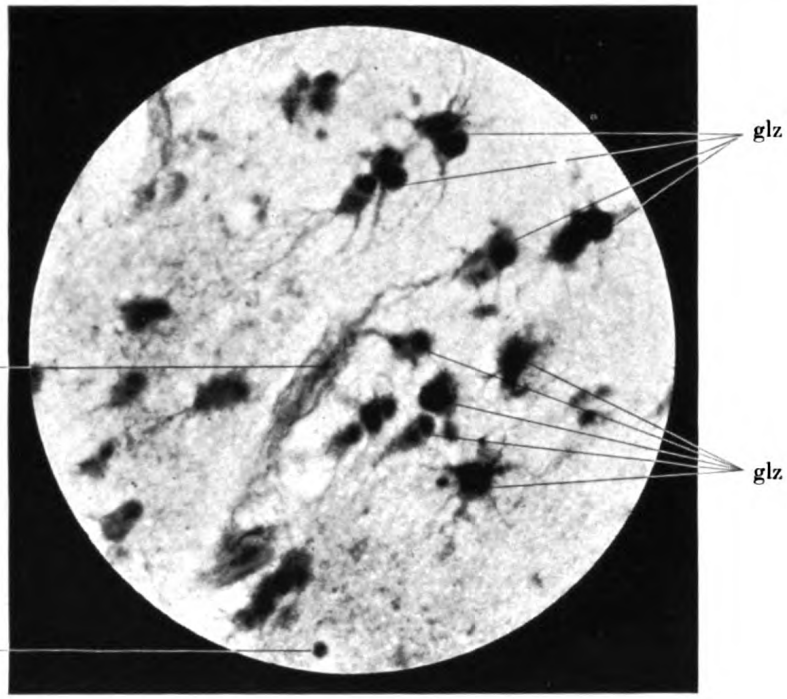
Riesenastrozyten mit langen Fortsätzen und Weigertfasern.
Färbung: Cajal. Vergr.: 125×lin.



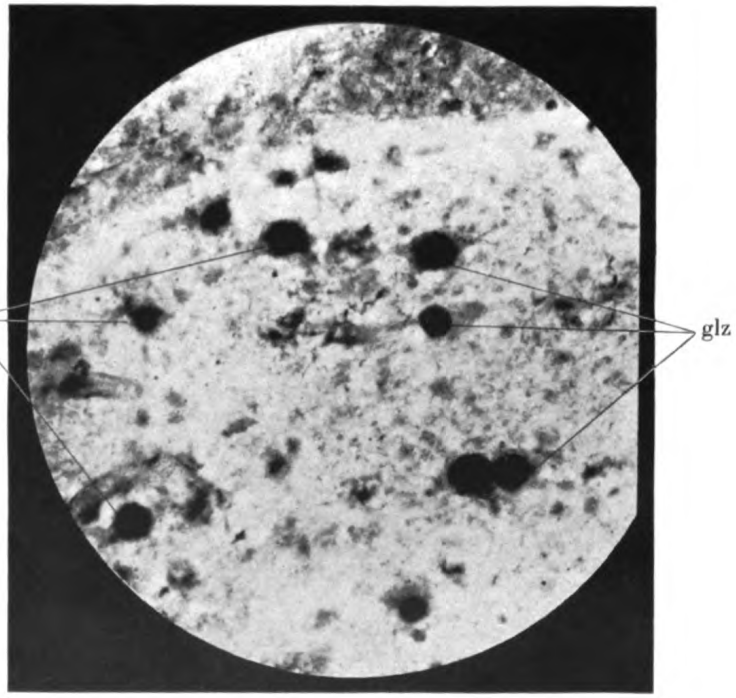
Spinnenzellen, z. T. mit derberen Fortsätzen.
Färbung: Cajal. Vergr.: 125 × lin.



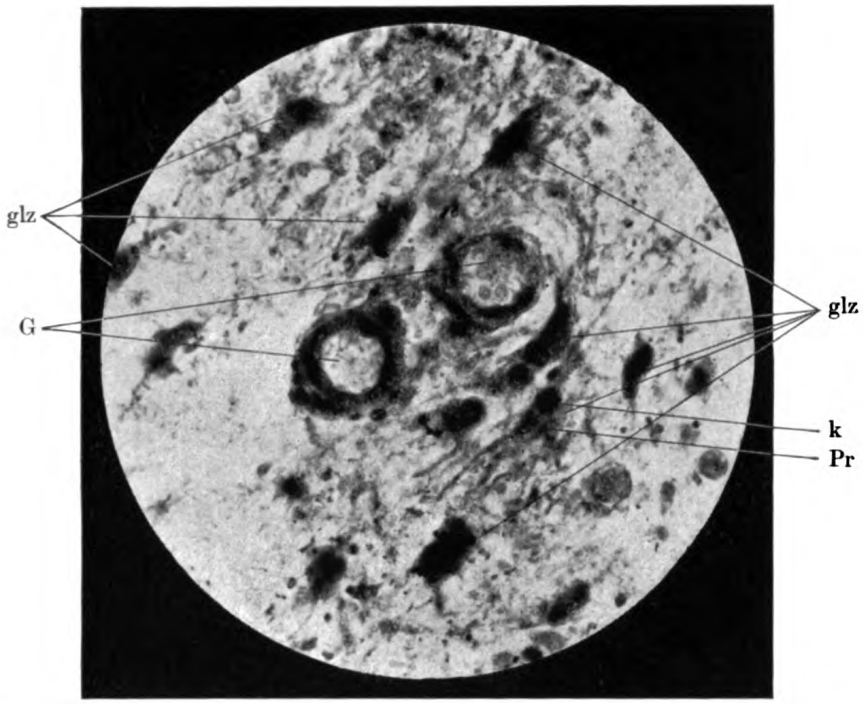
Spinnenzellen in beginnender Degeneration: kurze derbe Fortsätze, Verdickung eines Fortsatzes, Verlust der ursprünglichen schöngegliederten Zellform.
Färbung: Cajal. Vergr.: 250 × lin.



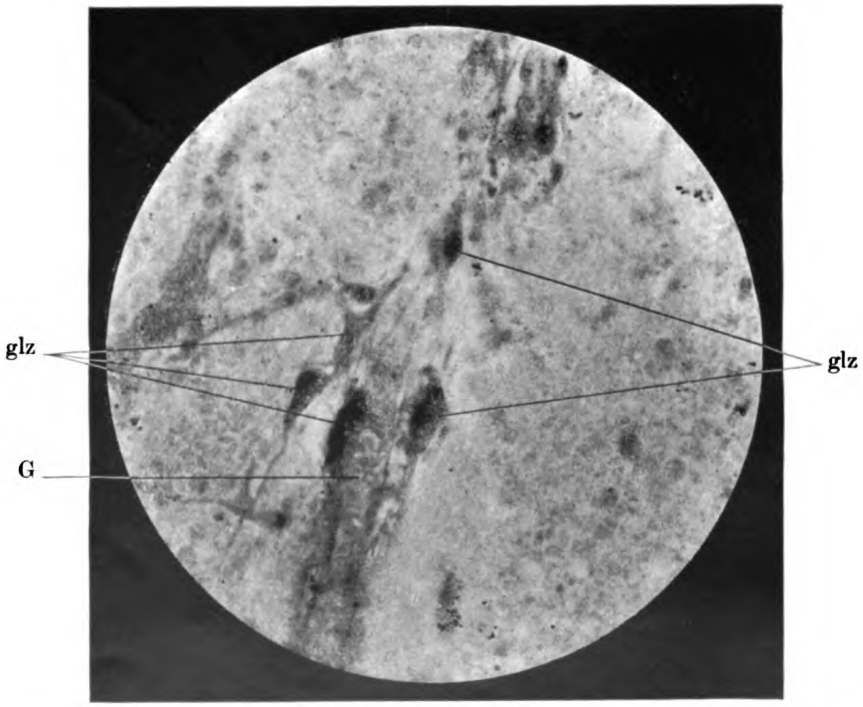
Kleine Spinnenzellen; z. T. Verlust der Fortsätze.
Färbung: Cajal. Vergr.: 250×lin.



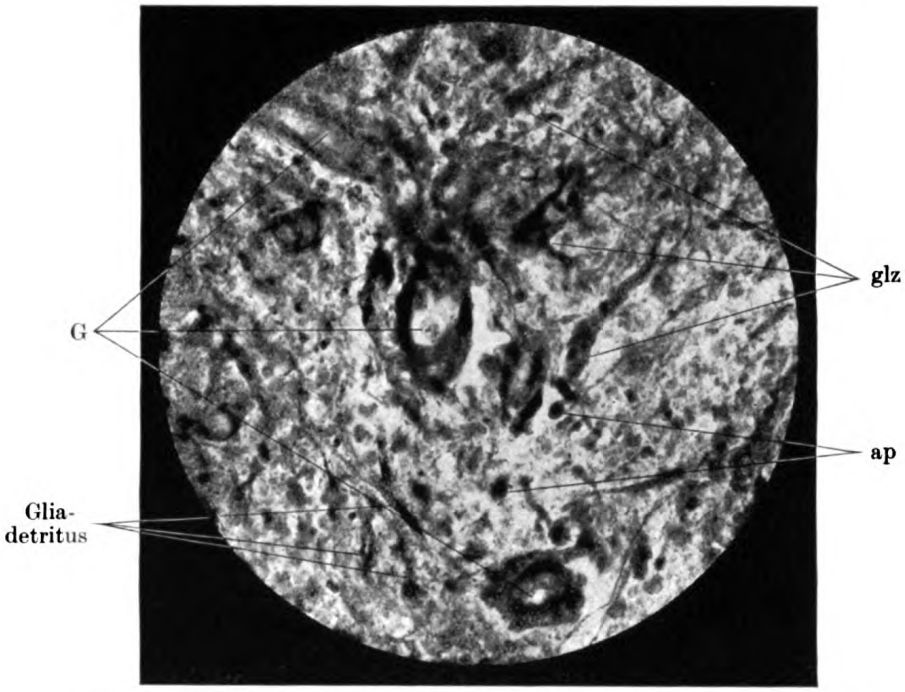
Kugelige Gliazellen ohne Fortsätze (Degenerationsformen).
Färbung: Cajal. Vergr.: 250×lin.



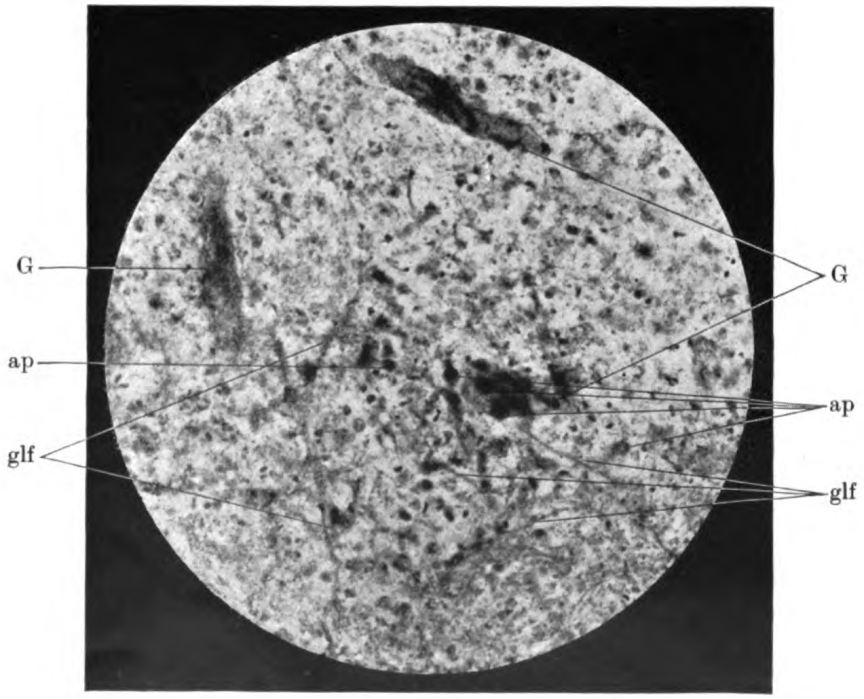
Degenerierte walzenförmige Gliazellen, um zwei Blutgefäße mit verdickter Membrana gliae perivascularis dicht gelagert.
Färbung: Cajal. Vergr.: 250 × lin.



Dicht an ein Blutgefäß gelagerte degenerierte Gliazellen. In der weiteren Umgebung des Gefäßes keine Gliaelemente mehr nachweisbar.
Färbung: Cajal. Vergr.: 250 × lin.

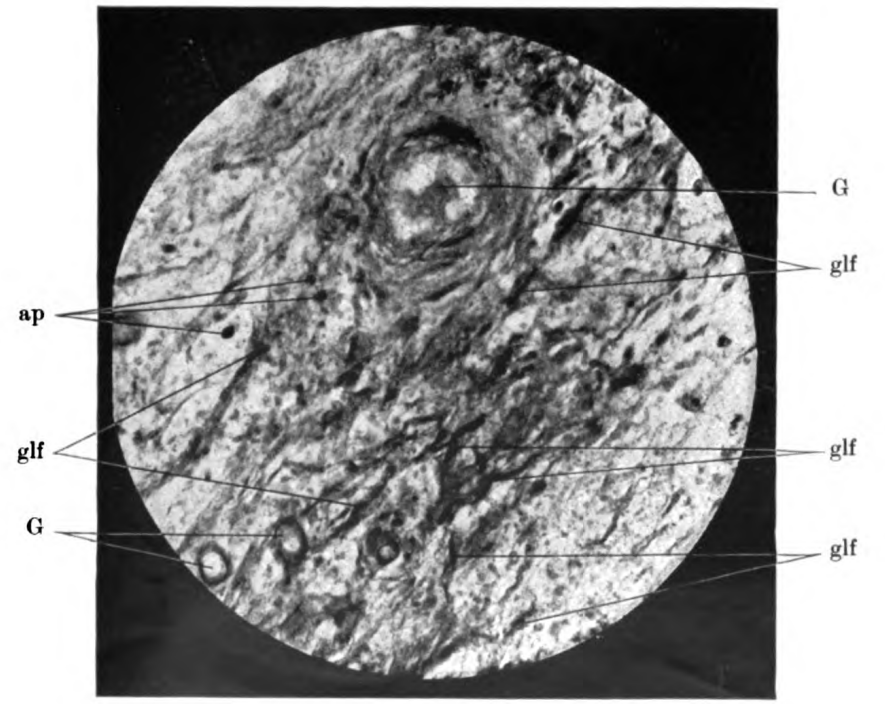


Hochgradig degenerierte Gliazellen mit derben Fortsätzen. Gliazerfall.
Färbung: Cajal. Vergr.: 125×lin.



Gliazerfall; die schwärzlichen Krümel sind Gliadetritus.
Färbung: Cajal. Vergr.: 125×lin.

Gewucherte Gliafasern, Gefäßansatz derselben. Verdickte gliöse Gefäßgrenzhaut. Keine Gliazellen mehr vorhanden.
Färbung: Cajal. Vergr.: 125×lin.



Verdickte vermehrte Gliafasern. Vereinzelte apolare Gliazellen.
Färbung: Cajal. Vergr.: 125×lin.

3 5558 002 650 980

Heft 9-14
1914-1917.
23243
Monographien aus dem gesamtgebiete der neurologie und psychiatrie.
DATE
Apr12'30
Oct13'32
Aug 31

CALL NO. Hft. 9-14
1914-1917.
ACCESSION NO. 23243

THE ARCHIBALD CHURCH LIBRARY
NORTHWESTERN UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL
CHICAGO -:- ILLINOIS